



Condiciones Generales

Seguro Colectivo para Alteraciones de la Salud y Accidentes



LA LATINOAMERICANA SEGUROS, S.A.

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col. Centro, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06000, CDMX.

[LinkedIn](#) Latino-seguros    LatinomxOficial www.latinoseguros.com.mx

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ALTERACIONES DE LA SALUD Y ACCIDENTES

DEFINICIONES GENERALES	7
1.1 ACCIDENTE.....	7
1.2 ACCIDENTE CUBIERTO	7
1.3 ALTAS O BAJAS	7
1.4 ALTERACIÓN DE LA SALUD.....	7
1.5 ASEGURADO	7
1.6 ASISTENCIA	7
1.7 AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD	7
1.8 CARÁTULA DE PÓLIZA	7
1.9 CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA	7
1.10 CIRUGÍA PROGRAMADA	8
1.11 COASEGURO	8
1.12 COBERTURA.....	8
1.13 CONDICIONES GENERALES	8
1.16 CONSULTA MÉDICA	8
1.17 COLECTIVIDAD ASEGURABLE.....	8
1.18 COMPETENCIA.....	8
1.19 DEPORTE OCASIONAL	8
1.20 DEPORTE NO PROFESIONAL	8
1.21 DEPORTE PELIGROSO.....	8
1.22 DEDUCIBLE	9
1.23 ENDOSO	9
1.24 EXTRAPRIMA	9
1.25 FECHA DE PRIMER GASTO.....	9
1.26 FORMAS DE PAGO.....	9
1.27 GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA).....	9
1.28 GASTOS MÉDICOS.....	9
1.29 HOSPITALIZACIÓN	9
1.30 HONORARIOS MÉDICOS.....	9
1.31 HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	10
1.32 INDEMNIZACIÓN.....	10
1.33 INFORME MÉDICO.....	10
1.34 INICIO DE COBERTURA	10
1.35 LATINO SEGUROS	10
1.36 LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD	10
1.37 LSCS	10
1.38 LISF.....	10
1.39 MÉDICO	10
1.40 MÉDICO ANESTESIOLOGO.....	10

1.41	MÉDICO AYUDANTE	10
1.42	MÉDICO TRATANTE	10
1.43	MONEDA	10
1.44	MONTO DE PRIMAS.....	11
1.45	ÓRTESIS O APARATOS ORTOPÉDICOS	11
1.46	PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.....	11
1.47	PADECIMIENTOS.....	11
1.48	PAGO DIRECTO.....	11
1.49	PAGO POR REEMBOLSO	11
1.50	PERIODO AL DESCUBIERTO.....	11
1.51	PAGO DE PRIMAS.....	11
1.52	PRIMA DEVENGADA.....	12
1.53	PRIMA DE RIESGO.....	12
1.54	PRIMA DE SEGURO.....	12
1.55	PERIODO DE GRACIA.....	12
1.56	PERIODO AL DESCUBIERTO.....	12
1.57	RECLAMACIÓN O SOLICITUD DE SERVICIOS.....	12
1.58	RED MÉDICA	12
1.59	REHABILITACIÓN.....	12
1.60	RENOVACIÓN.....	13
1.61	SIGNO	13
1.62	SINIESTRO	13
1.63	SÍNTOMA	13
1.64	TRATAMIENTO MÉDICO.....	13
1.65	URGENCIA MÉDICA.....	13
1.66	VIGENCIA.....	13
1.67	VENCIMIENTO DEL PAGO.....	13

CLÁUSULAS GENERALES 14

1º. SEGURO	14
2º. VIGENCIA DEL SEGURO	14
3º. PERIODO DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO	14
4º. PERIODO DE BENEFICIO	14
5º. MODIFICACIONES	14
6º. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO	15
7º. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	15
8º. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	15
9º. REPORTE DE MOVIMIENTOS.....	15
10º. OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.....	16
11º. LÍMITES Y MODIFICACIONES POR EDAD.....	16
12º. OCUPACIÓN.....	16
13º. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO	16
14º. PLAZO DE GRACIA	17
15º. FORMA DE PAGO	18
16º. PERIODO AL DESCUBIERTO	18
17º. REHABILITACIÓN.....	18
18º. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO Y RESCISIÓN	19
19º. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD	19
20º. PREEXISTENCIA.....	19
21º. RESPONSABILIDAD DE LATINO SEGUROS.....	20
22º. COMPROBACIÓN	20
23º. PRESCRIPCIÓN	21
ARTÍCULO 82 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:.....	21
24º. SUBROGACIÓN.....	21

25º. MONEDA.....	21
26º. COMUNICACIÓN.....	22
27º. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	22
28º. COMPETENCIA.....	22
29º. DERECHO DE LOS CONTRATANTES.....	23
30º. TERRITORIALIDAD.....	23
31º. PROTECCIÓN DE DATOS.....	23
FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA.....	24
1º AJUSTES.....	24
2º ALTAS DE ASEGURADOS.....	24
3º AVISO.....	24
4º ENFERMEDAD CUBIERTA.....	24
5º IMPUESTO.....	25
6º PAGOS.....	25
7º PAGOS IMPROCEDENTES.....	25
8º PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO.....	25
9º PRUEBAS.....	26
ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS BÁSICAS.....	26
ALTERACIONES DE LA SALUD CUBIERTAS.....	26
APENDICITIS.....	26
NEUMONÍA.....	27
CRISIS GÁSTRICA.....	27
ALTERACIONES POR REACCIONES ALÉRGICAS GRAVES.....	27
COLON IRRITABLE.....	27
SINCOPE VASOVAGAL, NEUROCARDIOGÉNICO Y/O SINCOPE CARDIOVASCULAR.....	27
CEFALEA RESISTENTE A MANEJO BÁSICO.....	27
EXCLUSIONES.....	27
ACCIDENTES CUBIERTOS.....	28
ACCIDENTE.....	28
MUERTE ACCIDENTAL.....	28
EXCLUSIONES.....	28
ASISTENCIA – CALL CENTER.....	29
SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA.....	29
INDEMNIZACIONES.....	29
1º OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	29
1. AVISO DE SINIESTRO.....	29
2. CIRUGÍA PROGRAMADA, INCLUYENDO LA DE CORTA ESTANCIA.....	30
3. PAGO DIRECTO.....	30
4. EN CASO DE RECLAMACIONES.....	30
DECLARACIÓN DE FALLECIMIENTO.....	32
RECLAMACIONES COMPLEMENTARIAS.....	32
2º OTROS SEGUROS.....	33
3º BASE DE INDEMNIZACIÓN.....	33
OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA.....	34
PAGOS IMPROCEDENTES.....	34
4º PERIODO INDEMNIZACIÓN.....	34
5º INTERÉS MORATORIO.....	35
5. BENEFICIARIOS.....	36
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.....37

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	37
ARTÍCULO 2.....	37
ARTÍCULO 215.....	37
ARTÍCULO 276.....	38
ARTÍCULO 277.....	39
ARTÍCULO 492.....	40
DISPOSICION TRANSITORIA DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS	40
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	40
ARTÍCULO 8.....	40
ARTÍCULO 9.....	41
ARTÍCULO 10.....	41
ARTÍCULO 19.....	41
ARTÍCULO 21.....	41
ARTÍCULO 25.....	41
ARTÍCULO 33.....	41
ARTÍCULO 34.....	41
ARTÍCULO 40.....	42
ARTÍCULO 41.....	42
ARTÍCULO 47.....	42
ARTÍCULO 48.....	42
ARTÍCULO 49.....	42
ARTÍCULO 51.....	42
ARTÍCULO 52.....	42
ARTÍCULO 56.....	43
ARTÍCULO 60.....	43
ARTÍCULO 63.....	43
ARTÍCULO 64.....	43
ARTÍCULO 65.....	43
ARTÍCULO 66.....	43
ARTÍCULO 67.....	43
ARTÍCULO 68.....	43
ARTÍCULO 69.....	44
ARTÍCULO 70.....	44
ARTÍCULO 71.....	44
ARTÍCULO 72.....	44
ARTÍCULO 76.....	44
ARTÍCULO 77.....	44
ARTÍCULO 81.....	44
ARTÍCULO 82.....	45
ARTÍCULO 84.....	45
ARTÍCULO 100.....	45
ARTÍCULO 102.....	45
ARTÍCULO 103.....	45
ARTÍCULO 163.....	45
ARTÍCULO 172.....	46
ARTÍCULO 204 TODAS LAS DISPOSICIONES DE LA PRESENTE LEY TENDRÁ EL CARÁCTER DE IMPERATIVAS, A NO SER QUE ADMITAN EXPRESAMENTE EL PACTO EN CONTRARIO.	46

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.....	46
ARTÍCULO 18.....	47



Condiciones Generales
Seguro Colectivo Gastos Médicos y Accidentes
Alternativa Vital

ARTÍCULO 19.....	47
ARTÍCULO 20.....	47
ARTÍCULO 21.....	48
LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.....	48
ARTÍCULO 68.....	49

DEFINICIONES GENERALES

1.1 Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado y que requiere atención médica inmediata.

1.2 Accidente Cubierto

Se considera accidente cubierto al 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,
- Lesiones que no requieran una atención médica y/o quirúrgica de forma inmediata al accidente y cuya primera atención y/o gasto ocurra después de los diez días naturales siguientes, contados a partir de ocurrido el mismo,
- Aquellas enfermedades y/o eventos que ingresen por el área de urgencias de un hospital o clínica sin tener una justificación médica, ni valoración del Latino Seguros para su ingreso por este servicio,
- Las agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, ni aquellos que hayan sido cubiertos o se hayan manifestado en un inicio como una enfermedad.

1.3 Altas o bajas

Significa, para el caso de Altas, la inclusión de una persona como Asegurado en el Contrato de Seguro. En el caso de Bajas, significa su exclusión del Contrato de Seguro y su pérdida de calidad de Asegurado.

1.4 Alteración de la salud

Son las desviaciones del estado fisiológico de una persona en una o varias partes de su cuerpo.

1.5 Asegurado

Persona física reconocida como tal en el Certificado Individual sujeta a accidentes o enfermedades que pueden ser indemnizadas por la Compañía, en términos de esta Póliza.

1.6 Asistencia

Llamaremos así a nuestro número de contacto mediante el cual podrá solicitar información de los beneficios incluidos en este programa, así como recibir la asesoría y la derivación para su atención médico-hospitalaria, durante la vigencia de la Póliza.

1.7 Aviso de accidente o enfermedad

Formato indispensable en la reclamación del pago del siniestro, que deberá ser completamente llenado, por evento, por parte del reclamante. Deberá ser entregado a Latino Seguros para el reclamo de un siniestro.

1.8 Carátula de Póliza

Es el documento en el que se hace constar el nombre y domicilio del Contratante, la vigencia de la Póliza, las Coberturas Contratadas, características que definen a la Colectividad Asegurable y los criterios básicos de su aseguramiento, como son: el Deducible, el Coaseguro y las Sumas Aseguradas máximas por riesgo y/o Certificado Individual.

1.9 Cirugía de corta estancia

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

Intervención quirúrgica que requiere hospitalización por un periodo menor de 24 horas.

1.10 Cirugía programada

Intervención quirúrgica no derivada de una emergencia o urgencia que requiere hospitalización. Incluye la cirugía de corta estancia.

1.11 Coaseguro

Porcentaje del riesgo a cargo del Asegurado, establecido en la Carátula de la Póliza. Aplica por cada reclamación presentada, después de descontado el deducible. El Coaseguro será variable en los casos en que expresamente se describen en las presentes Condiciones Generales.

1.12 Cobertura

Riesgo o conjunto de riesgos que pueden ser cubiertos por virtud de este contrato de seguro, sujeto a los términos que se establecen en las Condiciones Generales.

Quedarán cubiertos los riesgos que enunciativa y limitativamente se establecen en la Carátula de la Póliza. En consecuencia, las coberturas que no se señalan como amparadas en dicha Carátula, no tendrán validez ni eficacia entre las partes, aun cuando se consignen y regulen en estas Condiciones Generales.

Las Coberturas se harán constar en el Certificado Individual de cada Asegurado.

1.13 Condiciones Generales

Acuerdos que fijan derechos, obligaciones o exclusiones bajo las cuales operará un riesgo específico, que se hacen constar en las Condiciones Particulares o Carátula de la Póliza o Certificado Individual que son convenidos entre las partes.

1.16 Consulta Médica

Atención que el médico tratante brinda a su paciente exclusivamente en su consultorio, mediante una cita preestablecida, la cual se considera fuera del área de hospitalización.

1.17 Colectividad Asegurable.

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, Latino Seguros 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.

1.18 Competencia

Torneo deportivo establecido en un calendario por la federación deportiva correspondiente, dentro de una competición oficial que tenga la máxima categoría en la modalidad, especialidad, o disciplina de que se trate.

1.19 Deporte Ocasional

Es aquel que se realiza de forma esporádica o incidental, sin preparación especial alguna y cuya frecuencia de práctica es hasta dos veces por semana como máximo.

1.20 Deporte No Profesional

Es aquel que se realiza con una frecuencia mayor a dos veces por semana, que requiere de una preparación especial, se puede o no participar en competencias, pero no se recibe remuneración alguna por su práctica, ya sea en especie o en dinero.

1.21 Deporte Peligroso

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

Es la práctica metódica de ejercicios físicos que se realizan de manera intensa, excesiva o riesgosa que aumentan desproporcionadamente el riesgo de lesión o incapacidad afectando la integridad personal, salud o vigor vital de quien los practica.

1.22 Deducible

Cantidad fija a cargo del Asegurado que aplica para cada enfermedad cubierta o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones vigentes en el Contrato, al momento de realizar el primer gasto y una sola vez por enfermedad y/o accidente.

1.23 Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del contrato y forma parte de éste. 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 Latino Seguros deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la póliza.

1.24 Extraprima

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, para cubrir un riesgo mayor al que se hubiera contemplado originalmente.

1.25 Fecha de primer Gasto

Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un evento.

1.26 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 Latino Seguros al momento de inicio del período del seguro.

1.27 Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Es el valor promedio que corresponde a los precios, tarifas y honorarios profesionales fijados en una plaza o en un lugar determinado, por los prestadores y receptores de servicios médicos y hospitalarios, atendiendo a la naturaleza y complejidad técnica de los servicios, así como a la calidad, tiempo y costo de uso de instalaciones correspondientes, los cuales quedan referidos en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos.

1.28 Gastos médicos

Son aquellos gastos erogados por el Asegurado, médicamente indicados y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un accidente cubierto o alteración a la salud cubierta.

1.29 Hospitalización

Estancia continúa del Asegurado mayor a 24 (veinticuatro) horas en un hospital, clínica o sanatorio, comprobable y justificada por la atención de una enfermedad cubierta o accidente cubierto. Dicho periodo empezará a correr desde el momento en que el Asegurado sea reconocido por el hospital como paciente interno y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

1.30 Honorarios médicos

Es la contraprestación que pagan los Asegurados, por los servicios que reciben de los médicos y enfermeras legalmente autorizados para ejercer su profesión, mediante cédula profesional vigente, de acuerdo con el tabulador contratado.

1.31 Hospital, Clínica o Sanatorio

Establecimiento sanitario legalmente autorizado conforme a las Leyes Mexicanas, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria. Para fines de este Contrato los hospitales se clasificarán de acuerdo con el plan contratado.

1.32 Indemnización

Pago directo o reembolso de gastos médicos que efectivamente procedan según las presentes Condiciones Generales.

1.33 Informe médico

Formato indispensable en la reclamación del pago del siniestro, que debe ser llenado por el médico tratante y entregado por el Reclamante a Latino Seguros.

1.34 Inicio de Cobertura

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

1.35 Latino Seguros

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

1.36 Límite Máximo de Responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad de Latino Seguros será el que se establece para cada cobertura contratada y amparada en el Certificado Individual, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

1.37 LSCS

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.38 LISF

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.39 Médico

Profesional de la salud titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

1.40 Médico anesthesiólogo

Profesional de la salud titulado legalmente autorizada para la aplicación de anestesia.

1.41 Médico ayudante

Profesional de la salud titulado legalmente autorizada que asiste durante el desarrollo de una intervención quirúrgica.

1.42 Médico tratante

Profesional de la salud titulado legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. Puede ser médico general o médico especialista.

1.43 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.

1.44 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.**

1.45 Órtesis o Aparatos Ortopédicos

Es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético, tales como férulas, ayudas técnicas y soportes usados en ortopedia y fisioterapia que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

1.46 Padecimientos congénitos

Alteraciones del estado de salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, las cuales tuvieron su origen durante el periodo de gestación y se hicieron evidentes al momento del nacimiento o posteriormente.

1.47 Padecimientos

Alteraciones del estado de salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, las cuales tuvieron su origen durante el periodo de gestación y se hicieron evidentes al momento del nacimiento o posteriormente.

1.48 Pago directo

Indemnización calculada con base en los términos y condiciones de este contrato, mediante la cual Latino Seguros paga, directamente al prestador de servicios con el cual ha celebrado un convenio por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato.

1.49 Pago por Reembolso

Indemnización calculada con base en los términos y condiciones de este contrato mediante la cual Latino Seguros reintegra al Contratante o Asegurado, los gastos procedentes que él haya llevado a cabo con un prestador de servicios médicos con motivo de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Contrato de Seguro.

1.50 Periodo al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo, durante el cual quedan suspendidos los efectos del seguro y por tanto no operan los beneficios de este Contrato, por la falta de pago de primas, o por haber solicitado la cancelación del seguro. Este periodo, inicia a las doce horas del último día del plazo de gracia y termina cuando la Compañía acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada. Las reclamaciones por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este período, no quedarán cubiertos.

1.51 Pago de primas

El Contratante o el Asegurado deberán pagar a Latino Seguros 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,

Latino Seguros 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.

1.52 Prima Devengada

La cuota que corresponde proporcionalmente a un periodo de riesgo ya transcurrido en el que se contó con la cobertura del seguro. Es la proporción de la prima que cobra Latino Seguros cuando se cancela el seguro.

1.53 Prima de Riesgo

Es el monto a cobrar al Contratante y/o Asegurado, mismo que se obtiene en función de la probabilidad de que ocurra un siniestro y el monto de la pérdida que tendría el asegurado.

1.54 Prima de Seguro

Cantidad que deberá pagar el Contratante a Latino Seguros como contraprestación por el riesgo que ésta asume. La prima de la Póliza se compone de la suma de las primas de tarifa de todos los Asegurados cubiertos de acuerdo a cada una de las coberturas amparadas, además de los derechos de emisión, los impuestos de aplicación legal y el recargo por financiamiento del pago fraccionado de la prima si así fuere el caso.

1.55 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.

1.56 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 o alteraciones a la salud que ocurran durante este período.

1.57 Reclamación o Solicitud de Servicios

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante Latino Seguros, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

1.58 Red Médica

Prestadores de servicios de salud, con quienes Latino Seguros celebró o tiene celebrados convenios de prestación de servicios médicos y/u hospitalarios, que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes la Compañía pagará los gastos médicos amparados, ajustándose a los límites y condiciones establecidas en esta Póliza.

1.59 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, Latino Seguros 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 a Latino Seguros para fines administrativos en el recibo que se emita con motivo.

1.60 Renovación

Latino Seguros 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. 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 que Latino Seguros 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.

1.61 Signo

Cada una de las manifestaciones de una enfermedad o afectación por accidente que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

1.62 Siniestro

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

1.63 Síntoma

Fenómeno o anomalía subjetiva, que revela una enfermedad o afectación por accidente y sirve para determinar su naturaleza.

1.64 Tratamiento médico

Conjunto de acciones, prescripciones, intervenciones o procedimientos médicos destinados al restablecimiento de la salud del Asegurado que haya sufrido una enfermedad o accidente cubierto.

1.65 Urgencia Médica

Es la aparición repentina de la alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal magnitud, que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento requiere de atención médico-quirúrgica inmediata.

1.66 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 Latino Seguros lo haya aceptado.

1.67 Vencimiento del pago

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

CLÁUSULAS GENERALES

1º. SEGURO

Latino Seguros cubrirá, de conformidad con las condiciones del Contrato de Seguro y durante la vigencia establecida en la Carátula de la Póliza, a las personas que sean consideradas por ambas partes como integrantes de la Colectividad Asegurable, contra los riesgos que se estipulen como Cobertura en el Contrato de Seguro.

2º. VIGENCIA DEL SEGURO

Salvo pacto en contrario, el presente Contrato de Seguro inicia a las doce horas del primer día del periodo de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del periodo del seguro, lo cual se establece en la Carátula de la Póliza.

La Vigencia de la cobertura concedida a través de los Certificados Individuales se sujeta a la vigencia de este Contrato de Seguro, en la inteligencia en que, si por cualquier razón cesan sus efectos, los Certificados Individuales permanecerán vigentes por el período restante de la Prima no Devengada en poder de la Compañía. Habiendo transcurrido dicho lapso, los efectos de los Certificados Individuales terminarán sin posibilidad de prórroga

3º. PERIODO DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO

Sujeto a los términos y condiciones de este Contrato de Seguro, los Asegurados quedarán cubiertos, en el caso de accidente, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la Póliza. Si se trata de una alteración de la salud cubierta, quedará amparada si se origina 30 (treinta) días naturales posteriores al alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no será necesario en los casos de renovación. **El periodo de espera no será aplicable para aquellas enfermedades derivadas de un accidente o urgencia médica cubierta.**

Los gastos originados con posterioridad al término de la vigencia de la Póliza en la que ocurrió el accidente y/o enfermedad cubierta, se continuarán pagando sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para el pago de los mismos, teniendo como tope la suma asegurada contratada por el concepto que se trate, lo anterior siempre y cuando la Póliza se renueve sin interrupción alguna y el asegurado no haya causado baja, manteniéndose asegurado de manera ininterrumpida también.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante opte por modificar las condiciones originalmente contratadas en lo que se refiere a Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada, se le indemnizará aplicando las condiciones de Cobertura, Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro vigentes al momento de erogarse el primer gasto por la atención del siniestro de que se trate.

4º. PERIODO DE BENEFICIO

Si el Asegurado y/o Contratante cancela el Contrato de Seguro, se le cubrirán los gastos efectuados durante los siguientes 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de conclusión del contrato cancelado, siempre y cuando dichos gastos deriven de reclamaciones provenientes de siniestros cubiertos que hayan ocurridos durante la vigencia de la Póliza cancelada, siempre y cuando se encuentre hospitalizado.

5º. MODIFICACIONES

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

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

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

Conforme al artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las 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 Latino Seguros prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

6°. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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.

7°. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

(Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 51, 52 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10, 47 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante, los Asegurados y los representantes de éstos, están obligados a declarar por escrito a Latino Seguros, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a Latino Seguros para considerar rescindido de pleno derecho este contrato en su totalidad o parcialmente en lo que corresponda a un Certificado Individual, según corresponda, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Latino Seguros comunicará en forma auténtica al Contratante o Asegurado, según corresponda, la rescisión del contrato en los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

8°. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

El importe de la Prima se determina conforme los datos declarados en la solicitud o el certificado individual del Contrato de Seguro y en la información que provee cada Asegurado para su inclusión en la Colectividad Asegurable, por lo que si cualquiera de dichos Asegurados cambia de ocupación o inicia la práctica profesional de algún deporte o de alguna actividad diferente a las declaradas en dicha solicitud o el certificado individual puede cambiar su grado de exposición a cualquiera de los riesgos cubiertos.

En ese caso, Latino Seguros podrá cobrar la extra-prima correspondiente a la nueva ocupación, deporte profesional o actividad o bien podrá excluir las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo.

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

9°. REPORTE DE MOVIMIENTOS

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

10°. OBLIGACIÓN DE ASEGURAR

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

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a Latino Seguros a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al Contratante, comunicado con 30 (treinta) días naturales de anticipación.

En caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de personas que lo soliciten, quedará sujeta a la aceptación previa de Latino Seguros.

11°. LÍMITES Y MODIFICACIONES POR EDAD

(Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y resultare que la edad real, a la fecha de la celebración del contrato de seguro o de cualquier renovación, está fuera de los límites de edad establecidos, el contrato quedará rescindido de pleno derecho, sin necesidad de declaratoria judicial y sin ningún valor; y la Compañía devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada en la fecha de rescisión.

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

a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagase una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

b) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado la diferencia entre la prima de riesgo no devengada y la que habría sido necesaria por la suma asegurada y por la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. La suma asegurada y las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

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

12° OCUPACIÓN

Si el Asegurado cambia de ocupación a una que agrave el riesgo, deberá dar aviso inmediato por escrito a Latino Seguros, la cual se reservará el derecho de cancelar el Contrato o extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por su nueva ocupación o excluir las enfermedades y/o accidentes derivados de su nueva ocupación.

Si el Asegurado no da aviso por escrito a Latino Seguros, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación de enfermedades, padecimientos o accidentes derivados de la nueva ocupación.

13°. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

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

Las primas de cada Asegurado se irán incrementando conforme la edad de la persona sea mayor, ya que uno de los elementos importantes para determinarlas es la probabilidad de enfermar o sufrir un accidente, la cual se incrementa conforme aumenta la edad.

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

La prima vence en el momento de la celebración del Contrato y los pagos subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado (Artículos 34, 40 y 41 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Para efectos del presente Contrato de Seguro, se entenderá que la Prima vence con la emisión del Certificado Individual por parte de Latino Seguros.

Si la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, no quedará pagada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de iniciación de vigencia de este seguro, o de cada una de sus renovaciones, cesarán automáticamente los efectos de este contrato a las doce horas del último día de este plazo; y si los pagos subsecuentes en caso de prima en parcialidades no hubiesen sido cubiertos dentro del término de 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

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

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

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, Latino Seguros deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Contratante, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

En caso de pago a través de tarjeta de crédito o descuento por nomina, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca el cargo, hará prueba plena de pago hasta en tanto se emita el recibo correspondiente

14°. PLAZO DE GRACIA

Si no hubiese sido pagada la prima o la primer fracción de ella en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido, el cual es de 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo; y si los pagos subsecuentes de las primas parciales que no hubiesen sido cubiertos dentro del término de 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

No se otorga el servicio de pago directo, en el siniestro que se presente en el plazo de gracia, incluyendo los derivados de un accidente y/o alteración a la salud médica cubierta.

15°. FORMA DE PAGO

Las Primas de los Certificados Individuales deberán ser pagadas a Latino Seguros directamente por el Contratante, de acuerdo con la forma de pago seleccionada con base en la relación de Altas y Bajas de Asegurados que deberá entregar a la Compañía.

- a. Pago de la prima
- b. Carta de no siniestro

16°. PERIODO AL DESCUBIERTO

Es aquel lapso en el cual la Póliza no está pagada. Inicia al día siguiente del último día del plazo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la Prima o de la fracción correspondiente.

No procederá el pago de reclamaciones que ocurran durante este periodo, aun cuando la prima haya sido pagada en su totalidad de manera posterior a dicho periodo, pudiendo el contratante optar por la devolución de la prima que en su caso haya pagado y que corresponda al periodo al descubierto, o bien optando por la extensión de la vigencia de la póliza contratada por el plazo abarcado por el periodo al descubierto.

17°. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de pago de la prima de estas condiciones generales, el Contratante podrá dentro de los 30(treinta) o 5(cinco) días siguientes al último día del plazo de gracia respectivamente 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 del día y hora señalados en el comprobante de pago.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, Latino Seguros 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 indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá por rehabilitado el seguro a las cero horas de la fecha de pago. El Contratante deberá presentar los siguientes documentos para proceder a la rehabilitación de su Póliza:

Bajo ninguna circunstancia, Latino Seguros responderá de alteraciones a la salud o accidentes, y sus efectos posteriores, ocurridos durante el período al descubierto comprendido entre el vencimiento del período de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

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

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

18°. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO Y RESCISIÓN

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

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

a) Cuando el Contratante lo de por terminado, deberá notificar a la Compañía con 15 (quince) días naturales de anticipación, contando Latino Seguros con este lapso para realizar cualquier aclaración. En todos los casos la Compañía reembolsará la prima por devengar descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos.

b) Cuando antes del fin del periodo de vigencia pactado, ocurriere la muerte del asegurado, Latino Seguros devolverá, la prima correspondiente a las coberturas no afectadas de ese certificado, descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos.

c) Cuando Latino Seguros lo de por terminado de acuerdo a la cláusula de OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES o a la cláusula FORMA DE PAGO; Latino Seguros reembolsará la prima no devengada descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos dentro de los 30 días naturales siguientes a que la rescisión se haya efectuado.

d) En caso de rescisión por agravación del riesgo de acuerdo con el Art.52 de LSCS, Latino Seguros deberá notificar la misma en los 15 (quince) días contados desde la fecha en que conozca el cambio de circunstancias esenciales de agravación del riesgo.

De igual forma se procederá, cuando se contraten una o más coberturas y desaparezcan los riesgos amparados a consecuencia de eventos no asegurados.

19°. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

En caso de que por algún accidente o alteración a la salud se llegase a agotar la Suma Asegurada contratada, la protección que brinda esta Póliza no terminará automáticamente, sino que dicha Suma Asegurada se reinstalará de manera automática, hasta por el total de la suma asegurada que se contrató inicialmente, solo para cubrir un nuevo accidente o alteración a la salud, distintos y ajenos en sus causas y efectos a las complicaciones a los que dieron origen al agotamiento de la suma asegurada. Para efectos de este beneficio y de la Póliza, se considerará como una sola alteración cubierta a las alteraciones y complicaciones que se deriven como consecuencia de iatrogenia o de complicaciones naturales a los padecimientos realizados y a las alteraciones a la salud tratadas y generadas en tratamientos continuos, ya sea hospitalario o ambulatorio.

El total de las cantidades reembolsadas por Latino Seguros al Asegurado por un accidente cubierto o alteración a la salud cubierta, nunca excederá la cantidad establecida como Suma Asegurada en la carátula de la Póliza.

20°. PREEXISTENCIA.

Se deberá establecer que Latino Seguros sólo podrá rechazar una reclamación por un accidente y/o alteración preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando Latino Seguros cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o

padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por Latino Seguros.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, Latino Seguros, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Podrán establecer en los contratos, las enfermedades y/o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

Asimismo, se podrá establecer que en el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Latino Seguros podrá aceptar el riesgo declarado.

21°. RESPONSABILIDAD DE LATINO SEGUROS

En ningún caso Latino Seguros será responsable ante el Contratante y/o Asegurado, de los daños y perjuicios originados por las opiniones, servicios, hechos u omisiones, en que incurran los prestadores de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia o por uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en atención o tratamiento de cualquier accidente y/o alteración a la salud amparado.

22°. COMPROBACIÓN

Latino Seguros se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se deriven de la reclamación. **La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Latino Seguros de cualquier obligación.** Las obligaciones de Latino Seguros quedaran extinguidas si se demuestra que el Asegurado, Contratante o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluiría 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 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

23°. PRESCRIPCIÓN

(Artículos 81, 82,83 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2(dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81(ochenta y uno) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82(ochenta y dos) de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68(sesenta y ocho) 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 Latino Seguros.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él, 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 estos tengan conocimiento del “derecho constituido a su favor”

24°. SUBROGACIÓN

(Artículos 100, 102, 103,111y 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

En caso de siniestro, Latino Seguros se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado o a sus dependientes.

El Asegurado, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta Póliza y cooperar con Latino Seguros para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

La falta de cumplimiento de la obligación consignada en el párrafo anterior, así como si por hechos u omisiones del Asegurado o sus dependientes se impida la subrogación, Latino Seguros quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y Latino Seguros concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

25°. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, se liquidarán en Moneda Nacional y en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos, vigente en la fecha del pago.

En el caso de emergencia en el extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, serán reembolsables al equivalente en moneda nacional de acuerdo con el tipo de

cambio vigente al día en que se efectuó el gasto. El tipo de cambio que se aplicará será el publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del rubro "Tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana". Las demás indemnizaciones se realizarán conforme al tipo de cambio mencionado vigente al que se realice el pago.

26°. COMUNICACIÓN

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

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

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

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

27°. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

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

Latino Seguros dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales a través del envío de correo electrónico a la dirección proporcionada por el asegurado.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de Latino Seguros, comunicándose a los teléfonos 55 5130 2800 en la Ciudad de México o al 800 010 0528 para el resto de la República, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 55 5130 2800 en la Ciudad de México o al 800 010 0528 para el resto de la República. Latino Seguros 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 9:00 a las 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs. al teléfono 55 5521 8055, 5130 28 00 Ext. 1633 y 2828 o al 01 800 010 0528 o 800 0011900 Ext. 1633 y 2828.

Latino Seguros entregará a El Contratante los Certificados Individuales que le sean solicitados. El Contratante se obliga a entregar a los Asegurados, el Certificado Individual y toda la información concerniente al Contrato de Seguros que les sea útil para conocer las Coberturas y sus límites, sumas aseguradas, deducibles y coaseguros, etcétera.

28°. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Latino Seguros o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus

delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos de lo dispuesto en el Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

29°. DERECHO DE LOS CONTRATANTES

(Artículo 215 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Latino Seguros le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. Latino Seguros proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

30°. TERRITORIALIDAD

Las partes quedan perfectamente enteradas que esta Póliza solo será aplicable a los gastos médicos realizados por una alteración a la salud o accidente cubierto ocurridos únicamente dentro de los límites territoriales de los República Mexicana.

31°. PROTECCIÓN DE DATOS

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

FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1° AJUSTES

En caso de altas o bajas de Asegurados o de aumentos o disminución de beneficios, Latino cobrará o devolverá al Contratante o Asegurado, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del período de seguro, por días exactos, de acuerdo con la tarifa vigente. Se aplicará la siguiente fórmula: Asegurados iniciales menos asegurados finales, este resultado por la prima promedio, la prima promedio se calcula considerando los asegurados iniciales entre la prima neta cobrada, este resultado entre dos.

2° ALTAS DE ASEGURADOS

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable 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 con las en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 de la misma, Latino Seguros, 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 adicionales a los recabados por el Contratante, en la inteligencia que si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando Latino Seguros 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 Latino Seguro la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, Latino Seguros 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.

3° AVISO

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a Latino Seguros, en el curso de los primeros 5(cinco) días hábiles contados a partir de la ocurrencia del evento que motive la reclamación, de cualquier accidente o alteración de la salud que pueda ser motivo de indemnización y deberá estar en vigor la cobertura de la Póliza al ocurrir el evento.

En caso de retraso en el aviso, en términos del Artículo 76 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el reclamante deberá probar que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, el Asegurado deberá notificarlo cuando menos con 5(cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que este deba internarse. El Asegurado tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.

4° ENFERMEDAD CUBIERTA

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

Para efectos de esta Póliza, se considerará como Alteración a la salud cubierta, a las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de iatrogenia o a los procedimientos realizados, generadas en tratamiento continuo ya sea hospitalario o ambulatorio.

Para efectos de esta Póliza, se considerará como Alteración a la salud aquellas que se especifican en la caratula de la póliza, quedando cubiertas dichas alteraciones y complicaciones.

5° IMPUESTO

El pago del Impuesto al Valor Agregado correspondiente a los gastos médicos reembolsados, será cubierto por Latino Seguros. Cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del Asegurado.

6° PAGOS

Latino Seguros pagará al Asegurado o a quien corresponda, la indemnización que proceda, una vez recibida toda la documentación y pruebas que fundamenten la reclamación.

En caso de siniestro, Latino Seguros podrá deducir de la indemnización pagadera al Contratante o Asegurado, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no pagadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Si la Póliza se encuentra dentro del Plazo de Gracia, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso. No se otorgará el servicio de pago directo en el siniestro que se presente en el periodo de gracia, derivados de un accidente y/o alteración de la salud cubierta.

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.

Todas las indemnizaciones cubiertas por Latino Seguros serán pagadas a cada Asegurado.

7° PAGOS IMPROCEDENTES

Cualquier pago que Latino Seguros realice indebidamente, por alteración a la salud o accidente, debido a un desconocimiento de movimiento de baja del Asegurado o a causa de omisiones, errores voluntario e involuntarios contenidos en el Aviso de Siniestro por parte del Contratante; o con motivo de la entrega de documentación apócrifa a Latino Seguros para documentar la reclamación correspondiente o por cualquier otra causa, obliga al Contratante y/o Asegurado a reintegrar dicho pago a Latino Seguros.

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

8° PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

El deducible y coaseguro aplicará cuando el Asegurado no se haya atendido con un médico y/u hospital de red asignado por Latino Seguros.

a) Accidente

En toda reclamación por Accidente es necesario que el primer gasto sea erogado dentro de los primeros 10 días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del evento. Pasado este periodo, será considerado como Enfermedad.

Latino Seguros podrá en cualquier momento solicitar las pruebas médicas y legales, (según sea el caso), que demuestren plenamente el accidente reclamado.

El siniestro generado por un accidente cubierto, queda sujeto en todo momento a las cláusulas generales, limitaciones y exclusiones señaladas en el resto de las condiciones de la Póliza.

b) Alteraciones de la salud

De las reclamaciones que por alteraciones a la salud cubiertas se presenten, se definirán los gastos procedentes y comprobables que erogue el Asegurado con base en: las sumas aseguradas contratadas, condiciones vigentes al momento de erogarse el primer gasto, limitaciones y exclusiones que aparecen en la Carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos correspondientes.

A la cantidad resultante de lo anterior, se disminuirá el deducible de acuerdo con las condiciones de cobertura contratada que 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.

Aplicación de Deducible y Coaseguro en caso de Accidente y/o Alteraciones a la salud

En cualquier caso, se eliminará el Deducible y Coaseguro contratado siempre y cuando el Asegurado se atienda con Médicos y Hospitales de Red asignados por Latino Seguros.

9º PRUEBAS

El Contratante o el Asegurado Titular presentará a su costa a Latino Seguros, además de las formas de declaración que ésta le proporcione por el medio que decida ésta y toda la documentación original necesaria para acreditar la enfermedad padecida o los gastos erogados por el Asegurado, tales como comprobantes, notas, recetas, facturas que cubran los requisitos fiscales. Latino Seguros se reserva el derecho en todo tiempo y siempre que lo juzgue conveniente, corroborar los hechos, historial clínico, circunstancias o situaciones que dieron origen a la reclamación y que 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 Latino Seguros de cualquier obligación.

ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS BÁSICAS

Si durante la vigencia de la Póliza, ocurriera una alteración a la salud y/o accidente cubierto por este Contrato de Seguro, Latino Seguros cubrirá el costo de los gastos procedentes que a continuación se mencionan, hasta el monto de la Suma Asegurada para el padecimiento y/o cobertura de que se trate, de acuerdo con las condiciones y límites estipulados en las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y en la Póliza.

ALTERACIONES DE LA SALUD CUBIERTAS

El presente Contrato de Seguro tiene como objetivo otorgar al Asegurado las siguientes coberturas hasta la Suma Asegurada contratada y de acuerdo con los límites y condiciones estipuladas en estas Condiciones Generales:

APENDICITIS

Es la presencia de un proceso inflamatorio e infeccioso a nivel apendicular del intestino delgado que por su severidad y manifestación clínica requiere de la extirpación quirúrgica.

NEUMONÍA

Es la infección a nivel pulmonar que se manifiesta por evidencia clínica de la enfermedad y se corrobora por cambios radiológicos, se requiere una estancia hospitalaria superior a 24 horas, se deberá incluir copia del resultado de los estudios radiológicos donde se evidencie la evolución de la enfermedad.

CRISIS GÁSTRICA

Quedan cubiertas las alteraciones de orden gástrico cuando sean a consecuencia de una gastritis erosiva o gastritis ulcerosa, siempre y cuando no este asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas.

ALTERACIONES POR REACCIONES ALÉRGICAS GRAVES

Quedará cubierta la atención médica en internamiento hospitalario cuando el asegurado presente anafilaxia y/o alteración grave del sistema inmunológico. Solo se atenderá la crisis, no considera las pruebas inmunológicas para determinar los tipos de alérgenos a los que sea reactivo el asegurado.

COLON IRRITABLE

El síndrome del intestino irritable crónico es un trastorno del movimiento y sensibilidad de los nervios de los intestinos. En el cual están presente el cuadro sintomático con hinchazón, gases, náuseas, dolor de cabeza, fatiga, depresión, ansiedad, dolores musculares, problemas relacionados con el sueño y dificultad para concentrarse.

SINCOPE VASOVAGAL, NEUROCARDIOGÉNICO Y/O SINCOPE CARDIOVASCULAR

Es la pérdida de conciencia transitoria causada por una disminución del flujo sanguíneo cerebral de corta duración, así como las lesiones ocasionadas a consecuencia de sufrir el síncope, siempre y cuando el asegurado no haya sido diagnosticado con algún tipo de epilepsia.

CEFALEA RESISTENTE A MANEJO BÁSICO

La cefalea que se presente de forma súbita, intensa y progresiva, sin respuesta al manejo de primer contacto en el área médica con que cuente, deberá ser cubierta como una urgencia en el hospital de red más cercano, que Latino Seguros asigne.

EXCLUSIONES

Se excluyen las Alteraciones a la salud que se presenten en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de inicio de la Póliza. Esta exclusión no tendrá lugar cuando se trate de accidente o emergencia médica.

Para asegurados que se den de alta posterior a los 30 días de inicio de vigencia de la cobertura, tendrán un periodo de espera de 30 días.

Cualquier alteración no mencionada se encuentra excluida.

Para todos los efectos de este contrato, las partes pactan que todo lo que no se especifique como gasto cubierto, se considerará como no cubierto.

NO se consideran Alteraciones a la salud, las agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza.

ACCIDENTES CUBIERTOS

ACCIDENTE

Quedan cubiertas aquellas lesiones a consecuencia de un accidente, considerando como accidente al acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, violenta y fortuita que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. Siempre y cuando se realice el primer gasto dentro de los 10 días naturales siguientes al mismo.

MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los treinta días siguientes a la fecha de este, sobreviniere su muerte, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, o a falta de estos, a la sucesión del Asegurado la Suma Asegurada contratada y definida en la caratula de la póliza.

En caso de muerte accidental a menores de 12 años, se proporcionará la cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios con límite máximo de \$40,000.

Las coberturas antes mencionadas pueden brindarse por lapsos iguales o menores a 1 año, previo aviso a la compañía. En caso de participar en competencias será necesario elegir entre tipo de competencias Nacionales e Internacionales.

EXCLUSIONES

Se excluyen los accidentes en los cuales se agrave el riesgo.

No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.

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.

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.

Lesiones intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo y mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Hernias, eventraciones, envenenamientos de cualquier origen o naturaleza y aborto cualquiera que sea su causa, excepto si es accidental.

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.

La muerte o lesiones 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)

Inhalación de gas de cualquier clase excepto si es accidental.

Accidentes resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.

ASISTENCIA – CALL CENTER

El Asegurado contará con el número de contacto mediante el cual podrá solicitar información de los beneficios incluidos en este programa, así como recibir la asesoría y la derivación para su atención médico-hospitalaria.

SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA

Se cubre todo lo relacionado al padecimiento, por mencionar algunos:

Honorarios por consultas Médicas, Tratamiento médico y/o Quirúrgico

Vistas Médicas

Gastos de Hospital, Sanatorio o Clínica

Gastos de sala de operaciones, recuperación y curaciones

Equipo de anestesia, gases y medicamentos

Honorarios de enfermera (o) titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión

Medicamentos adquiridos y consumidos dentro o fuera del Hospital, Sanatorio o Clínica

Análisis de laboratorio, estudios de imagenología

Transfusiones de sangre, plasma, suero y soluciones intravenosas

Ayuda para gastos de terapia física o rehabilitación

Ambulancia de traslado

INDEMNIZACIONES

1º Obligaciones del Asegurado

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

1. Aviso de Siniestro

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

Debido a la naturaleza y coberturas de este seguro y con la finalidad de que no exista agravación en el riesgo y Latino Seguros pueda comprobar oportunamente las circunstancias del siniestro, el Contratante, Asegurado o Reclamante deberá dar aviso por escrito a Latino Seguros inmediatamente de cualquier accidente y/o Alteración de la salud en ningún momento podrá exceder de 5 (cinco) días naturales, salvo casos de fuerza mayor o fortuita para accidente o enfermedad.

Cuando el Contratante, Asegurado o Reclamante no cumplan con dicha obligación, Latino Seguros reducirá la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Latino Seguros quedará desligada de todas las obligaciones del contrato si el Contratante, Asegurado o Reclamante omiten dar el aviso inmediato y oportuno

conforme al párrafo anterior, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

En caso de retraso en el aviso de siniestro por casos de fuerza mayor o fortuitos, el Contratante, Asegurado o Reclamante deberá probar la causa de tal retraso y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

2. Cirugía programada, incluyendo la de corta estancia.

Procederá estrictamente cuando el médico tratante del accidente considere que el procedimiento quirúrgico podrá ser programado debido a las condiciones clínicas del asegurado, en cuyo caso será él asegurado quien deberá solicitar dicha programación con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que esté programada dicha cirugía dentro de la vigencia de la póliza, acompañando el trámite con las pruebas documentales que determinen la necesidad de dicho procedimiento programado

Para la programación de cirugía el Asegurado deberá recibir, previamente a su intervención quirúrgica, la autorización de Latino Seguros mediante una carta-pase que garantiza el pago directo, la cual el Asegurado entregará al área de admisión del hospital y/o al médico tratante. Sólo opera para los hospitales y médicos con los cuales Latino Seguros Compañía tiene convenio.

3. Pago directo

Para que Latino Seguros pague, de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro, deberá llamar directamente al Latino Seguros 55 5130 2800 donde se prestará la asesoría y se realizará la derivación para la atención médica a los Asegurados que presenten alteraciones de la salud o accidentes cubiertos por este Contrato se debe cumplir con lo siguiente:

a) Hospitalización mayor de 24 (veinticuatro) horas; este periodo comienza a transcurrir a partir de cuándo el Asegurado es declarado paciente interno por parte del hospital y sea medicamente necesario, esto se corroborará con los estudios y notas médicas.

b) Y exista notificación oficial a la Compañía.

En el pago directo quedan a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos por este Contrato.

No procederá el pago directo cuando el siniestro ocurra durante el período de gracia, así como en los demás casos que así estén establecidos en el Contrato de Seguro.

Es importante mencionar que, para proceder con el pago directo Latino Seguros deberá de asignar Hospital y médico para su atención.

4. En caso de reclamaciones

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

En toda reclamación deberá comprobarse a Latino Seguros, por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a Latino Seguros las formas de reclamación correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así mismo deberá presentar todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos Fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente. **En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía**

quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación. Este trámite deberá realizarlo el reclamante con documentación en original.

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

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

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- Informe del reclamante.
- Solicitud de reclamación.
- Carta remesa para el pago de reclamaciones de accidentes y enfermedades.
- Aviso de accidente o enfermedad. Este documento será contestado en forma completa y con letra legible por el Asegurado o, en caso de estar imposibilitado, por un familiar o por el Asegurado Titular.
- Informe médico. El Asegurado solicitará al (los) médico(s) tratante(s) que haya(n) intervenido en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación que llenen este documento. Se debe proporcionar un informe por cada médico que haya participado.
- Historia clínica completa.
- El comprobante de la Institución hospitalaria con el nombre completo del paciente y diagnóstico.
- Comprobantes de gastos, éstos deberán reunir los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables.
- Facturas de hospitales, clínicas o sanatorios. La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumplan con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- Recibo de Honorarios., Cada recibo por honorarios deberá especificar claramente el concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, entre otro) y el nombre del paciente. Se deberá entregar un recibo por cada consulta realizada.
- Facturas (PDF) y XML de medicamentos., Todas las facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el (los) médico(s) tratante(s). Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales (salvo el caso que opere lo descrito en el apartado Reclamaciones e indemnizaciones, 2º Otros Seguros).
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
- Radiografías, análisis de laboratorio, electrocardiogramas, encefalogramas y demás elementos probatorios, así como sus interpretaciones.
- Documentación que Latino Seguros considere necesaria para acreditar la procedencia de la reclamación.

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 Latino Seguros.

Todas las indemnizaciones cubiertas por Latino Seguros 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.

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.

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.
- Certificado de defunción
- 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.

LIMITACIONES

Latino Seguros sólo pagará:

- a) los gastos de internamiento realizados en sanatorios u hospitales debidamente autorizados, y
- b) los honorarios de médicos y enfermeras titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado.
- c) Se cubren solo si la enfermedad hubiese sido procedente con base a condiciones de póliza.

Latino Seguros no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social, ni a cualquier otra institución semejante en donde no se exige remuneración.

Reclamaciones Complementarias.

Las reclamaciones complementarias a la inicial deberán ir acompañadas nuevamente por el informe médico (redactado por el médico tratante) y por el informe del reclamante (redactado por este último). Ambos

documentos son indispensables para el análisis de dichas reclamaciones complementarias en caso de haber transcurrido más de 6 meses o en caso de presentar algún cambio en su tratamiento o enfermedad.

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

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, Latino Seguros quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que Latino Seguros no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

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

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

2º Otros Seguros

Los contratos que se celebren con otras aseguradoras en los cuales se cubran los mismos riesgos que en la Póliza, deberán ser obligatoriamente notificados de manera escrita a Latino Seguros. Igualmente, el Asegurado deberá notificar el nombre de las aseguradoras y las sumas aseguradas contratadas.

Si las Coberturas de la Póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, por parte de Latino Seguros u otras aseguradoras, cubriendo los mismos riesgos, las reclamaciones de indemnización pagaderas en total por todas las Pólizas no excederán a los gastos reales incurridos. En caso de que otra compañía aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado se obliga a presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito original elaborado por la otra compañía aseguradora.

3º Base de indemnización

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

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

1. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere sido pagada la prima anual completa, Latino Seguros tiene derecho a deducir, de la indemnización, el importe faltante de la prima pendiente de pago hasta completar la prima anual correspondiente.
2. En accidente y alteraciones de la salud se reducirán el coaseguro y deducible de acuerdo a este Contrato; y procederá la indemnización siempre y cuando la reclamación sea superior al deducible contratado.

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

Participación del Asegurado en la reclamación.

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por el Contrato de Seguro, se sumarán todos los gastos y se restará la cantidad establecida como deducible. De este importe se descontará el coaseguro. La cantidad resultante es la responsabilidad de Latino Seguros con el Asegurado.

Al hacerse uso de los hospitales de convenio y atenderse con médicos de la Red el deducible y coaseguro se eliminará cuando:

- a) Se requiera de hospitalización.
- b) El hospital utilizado sea de convenio y del Plan contratado o inferior.
- c) Se requiera de hospitalización mayor de 24 horas.
- d) El monto de la reclamación sea superior al deducible contratado en la Póliza.
- e) Se atienda el Asegurado dentro de la República Mexicana.

Obligación de la Compañía

Latino Seguros, tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia de la Póliza y el período de beneficio establecido en la misma, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

Pagos improcedentes

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

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

4º Periodo indemnización

1. En caso de cancelación o no renovación del Seguro.

Si el Asegurado cancela la Póliza, los siniestros ocurridos y procedentes durante la vigencia de esta Póliza seguirán siendo cubiertos hasta 30 (treinta) días naturales contados desde la fecha del término de vigencia o cancelación de la Póliza.

2. En caso de renovación del Seguro.

- a) Suma asegurada
- b) El deducible y coaseguro.

A la administración y pago de la indemnización, les serán aplicables las condiciones que regulan el Contrato de Seguro al momento de efectuar el primer gasto erogado con motivo del tratamiento o atención de la enfermedad o accidente cubierto que cuente con el diagnóstico definitivo respectivo.

5° Interés Moratorio

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias

establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

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 Latino Seguros 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 Latino Seguros 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 cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: **I.** Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Artículo 277

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

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

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de

Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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

Tu seguridad es nuestra prioridad

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col Centro, Alc. Cuauhtémoc. C.P. 06000, CDMX

Latino Seguros 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

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 pague 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:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 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 día 13 de marzo de 2024, con el número PPAQ-S0013-0019-2024 / CONDUSEF-006339-01.