

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

ÍNDICE	PÁGINA
1. DEFINICIONES.	1
2. COBERTURAS.	2
2.1. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (COBERTURA BÁSICA A PARTIR DE 12 (DOCE) AÑOS).	2
2.2. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (COBERTURA BÁSICA A PARTIR DE 3 AÑOS Y MENORES DE 12 (DOCE) AÑOS Y ADICIONAL A PARTIR DE DICHA EDAD).	3
2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE.	3
2.4. COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (A PARTIR DE 3 AÑOS).	4
2.4.1. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.	4
2.4.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.	5
2.5. COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS (A PARTIR DE 3 (TRES) AÑOS Y MENORES DE 12 (DOCE) AÑOS).	7
2.5.1. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS.	7
3. RECLAMACIÓN DE SINIESTROS.	7
3.1. AVISO.	7
3.2. PAGO DE INDEMNIZACIONES.	7
3.3. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS.	8
3.4. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE Y COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.	8
4. CLÁUSULAS GENERALES.	9
4.1. CONTRATO.	9
4.2. MODIFICACIONES AL CONTRATO.	9
4.3. VIGENCIA.	9
4.4. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.	9
4.5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.	9
4.6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.	9
4.7. RENOVACIÓN.	9
4.8. EDAD.	10
4.9. MOVIMIENTOS.	10
4.9.1. REGISTRO DE ASEGURADOS.	10
4.9.2. ALTA DE ASEGURADOS.	10
4.9.3. BAJA DE ASEGURADOS.	11
4.9.4. MODIFICACIONES EN LA SITUACIÓN DE LOS ASEGURADOS.	11
4.10. OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.	11
4.11. COMUNICACIONES.	11
4.12. MONEDA.	11
4.13. COMPETENCIA.	11
4.14. PRESCRIPCIÓN.	11
4.15. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS POR UTILIDADES REALIZADAS (DIVIDENDOS).	12
4.16. PRIMAS.	12
4.17. REHABILITACIÓN.	12
4.18. OTROS SEGUROS.	13
4.19. INDEMNIZACIÓN POR MORA.	13
4.20. TERMINACIÓN DE OBLIGACIONES EN CASO DE QUE NO SE RENUOVE LA PÓLIZA.	13
4.21. REVELACIÓN DE COMISIONES.	13
GLOSARIO DE ARTÍCULOS	13

1. DEFINICIONES.

ACCIDENTE.- AQUEL ACONTECIMIENTO PROVENIENTE DE UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA, FORTUITA Y VIOLENTA, AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA LESIONES CORPORALES, SIEMPRE QUE ÉSTAS OCURRAN DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, O BIEN, QUE PRODUZCA SU FALLECIMIENTO Y ÉSTE OCURRA DENTRO DE LOS 90 (NOVENTA) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE DICHO ACONTECIMIENTO.

ACCIDENTE CUBIERTO.- SE CONSIDERARÁ COMO TAL, A AQUEL QUE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO AFECTADO, SIEMPRE QUE ÉSTE SE PRODUZCA EN EL EJERCICIO O CON MOTIVO DE CUALQUIER ACTIVIDAD ORDENADA Y/U ORGANIZADA POR EL CONTRATANTE. CUANDO ESTA PÓLIZA SE CONTRATE POR UNA PRESTACIÓN LABORAL, QUEDARÁN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO AL TRASLADARSE DIRECTAMENTE DE SU DOMICILIO AL LUGAR DEL TRABAJO O ACTIVIDAD Y DE ÉSTE A AQUÉL.

SE CONSIDERARÁN DENTRO DE UN MISMO ACCIDENTE TODAS AQUELLAS ALTERACIONES, RECAÍDAS, COMPLICACIONES, Y SECUELAS QUE SE DERIVEN DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO DE DICHO ACCIDENTE. LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA NO EXCEDERÁN LAS CANTIDADES MÁXIMAS QUE RESULTEN DE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA.

ASEGURADO.- CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

ASEGURADORA, COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN.- SEGUROS INBURSA, S.A., GRUPO FINANCIERO INBURSA.

BENEFICIARIO.- PERSONA DESIGNADA COMO TAL, CON DERECHO A RECLAMAR EN SU CASO LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL (COBERTURA BÁSICA A PARTIR DE 12 (DOCE) AÑOS DE EDAD) Y GASTOS FUNERARIOS (COBERTURA ADICIONAL A PARTIR DE 3 (TRES) AÑOS Y MENORES DE 12 (DOCE) AÑOS).

SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO PARA EFECTOS DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL AL CÓNYUGE O CONCUBINA(RIO) DEL ASEGURADO, EN AUSENCIA DE ÉSTE SERÁN SUS HIJOS POR PARTES IGUALES Y EN AUSENCIA DE ELLOS SUS PADRES POR PARTES IGUALES.

PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS, SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO EN PRIMER LUGAR, A LA PERSONA QUE ACREDITE HABER EFECTUADO LOS GASTOS CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS FUNERARIOS DERIVADOS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO AFECTADO, Y COMO BENEFICIARIOS EN SEGUNDO LUGAR, POR EL REMANENTE QUE PUDIERA EXISTIR DESPUÉS DE PAGAR AL BENEFICIARIO EN PRIMER LUGAR, A LOS PADRES DEL ASEGURADO AFECTADO POR PARTES IGUALES, EN AUSENCIA DE ÉSTOS SERÁN SUS HERMANOS POR PARTES IGUALES.

CUANDO NO EXISTA BENEFICIARIO DESIGNADO, EL IMPORTE DE LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DE LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS, SE PAGARÁ A LA SUCESIÓN LEGAL DEL ASEGURADO.

EN CUALQUIER MOMENTO EL ASEGURADO PODRÁ HACER UNA NUEVA DESIGNACIÓN DE SUS BENEFICIARIOS, SIEMPRE Y CUANDO ESTA PÓLIZA Y EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL SE ENCUENTREN EN VIGOR Y NO EXISTA RESTRICCIÓN LEGAL EN CONTRA. PARA EFECTUAR DICHO CAMBIO EL ASEGURADO DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA, INDICANDO EL (LOS) NOMBRE(S) DEL (DE LOS) NUEVO(S) BENEFICIARIO(S), EL PORCENTAJE QUE LE CORRESPONDE (A CADA UNO DE ELLOS) Y SI LA DESIGNACIÓN ES REVOCABLE O IRREVOCABLE, ANEXANDO COPIA DE LAS IDENTIFICACIONES DEL ASEGURADO Y DEL (DE LOS) BENEFICIARIO(S). SI DICHA DESIGNACIÓN FUERE IRREVOCABLE, EN EL MISMO ESCRITO DEBERÁ CONSTAR LA FIRMA DEL (DE LOS) BENEFICIARIO(S).

EN CASO QUE DICHA NOTIFICACIÓN NO SE RECIBA OPORTUNAMENTE, SE CONVIENE QUE LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL IMPORTE DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL AL (A LOS) ÚLTIMO(S) BENEFICIARIO(S) DEL (DE LOS) QUE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA ELLA.

SI HABIENDO VARIOS BENEFICIARIOS FALLECIERE ALGUNO ANTES QUE EL ASEGURADO, LA PARTE CORRESPONDIENTE A DICHO BENEFICIARIO SE DISTRIBUIRÁ EN PORCIONES IGUALES A LA DE LOS SUPERVIVIENTES, SALVO ESTIPULACIÓN EN CONTRARIO POR PARTE DEL ASEGURADO O QUE HUBIERE RENUNCIADO DEL DERECHO DE REVOCAR LA DESIGNACIÓN DE ALGÚN(OS) BENEFICIARIO(S).

ADVERTENCIA:

EN EL CASO DE QUE SE DESEE NOMBRAR BENEFICIARIOS A MENORES DE EDAD, NO SE DEBE SEÑALAR A UN MAYOR DE EDAD COMO REPRESENTANTE DE LOS MENORES PARA EFECTO DE QUE, EN SU REPRESENTACIÓN, COBRE LA INDEMNIZACIÓN.

LO ANTERIOR PORQUE LAS LEGISLACIONES CIVILES PREVIENEN LA FORMA EN QUE 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 SÓLO TENDRÍA UNA OBLIGACIÓN MORAL, PUES LA DESIGNACIÓN QUE SE HACE DE BENEFICIARIOS EN UN CONTRATO DE SEGURO LE CONCEDE EL DERECHO INCONDICIONADO DE DISPONER DE LA SUMA ASEGURADA.

COLECTIVIDAD ASEGURADA.- ESTÁ CONSTITUIDA POR EL CONJUNTO DE PERSONAS QUE, ENCONTRÁNDOSE DENTRO DE LOS PARÁMETROS QUE ESTABLECE ESTA PÓLIZA PARA SER ASEGURADOS, QUEDEN INSCRITOS EN EL REGISTRO DE ASEGURADOS DE ESTA PÓLIZA.

EL SEGURO SERÁ NULO SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL RESPECTO DE LAS PERSONAS QUE NO CUMPLAN CON LA DEFINICIÓN ANTERIOR Y QUE POR ALGÚN ERROR SEAN INSCRITAS EN EL REGISTRO DE ASEGURADOS DE LA PÓLIZA, POR LO QUE EL CONTRATANTE ÚNICAMENTE TENDRÁ DERECHO A LA RESTITUCIÓN DE LAS PRIMAS PAGADAS. EL CONTRATANTE SE OBLIGA A HACER DEL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS QUE APARECEN EN EL REGISTRO DE ASEGURADOS EL CONTENIDO DE LA PRESENTE DISPOSICIÓN.

CONTRATANTE.- ES AQUELLA PERSONA FÍSICA O MORAL QUE APARECE CON TAL CARÁCTER EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, RESPONSABLE ANTE LA COMPAÑÍA DE PAGAR LA PRIMA DEL SEGURO.

CUANDO EL OBJETO DE ESTE CONTRATO SEA OTORGAR UNA PRESTACIÓN LABORAL Y EXISTA CAMBIO DE CONTRATANTE, LA ASEGURADORA PODRÁ RESCINDIR EL CONTRATO O RECHAZAR LA INCLUSIÓN DE NUEVOS INTEGRANTES A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA, DENTRO DE LOS 30 (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 DE TARIFA NO DEVENGADA PREVIA DISMINUCIÓN DE LA PORCIÓN DEL COSTO DE ADQUISICIÓN CORRESPONDIENTE Y, EN SU CASO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE ESTE CONTRATO, A MÁS TARDAR AL HACER LA NOTIFICACIÓN DE LA RESCISIÓN, SIN CUYO REQUISITO SE TENDRÁ POR NO HECHA. CUALQUIER REEMBOLSO DE PRIMA SE REALIZARÁ POR CONDUCTO DEL CONTRATANTE.

DEDUCIBLE.- CANTIDAD FIJA A CARGO DEL ASEGURADO SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUE APLICA A LOS PRIMEROS GASTOS INCURRIDOS POR CADA ACCIDENTE CUBIERTO. UNA VEZ QUE DICHS GASTOS HAN REBASADO ESTE MONTO, COMIENZA LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

ENDOSO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN.- DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL SE ESTIPULAN LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS DE LA PÓLIZA EN LO REFERENTE A MOVIMIENTOS DE ALTAS O BAJAS DE ASEGURADOS QUE REALIZARÁ EL PROPIO CONTRATANTE.

ESTE ENDOSO OPERARÁ ÚNICAMENTE SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA QUE ESTA PÓLIZA SE ENCUENTRA SUJETA AL ENDOSO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN.

ENFERMERO.- PERSONA DEDICADA AL CUIDADO DE ENFERMOS Y HERIDOS, ASÍ COMO A LA ASISTENCIA DE MÉDICOS, LA CUAL SE ENCUENTRA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EL EJERCICIO DE TAL ACTIVIDAD.

EXPERIENCIA GLOBAL.- CUANDO LA PRIMA DE LA COLECTIVIDAD NO ESTÉ DETERMINADA CON BASE EN SU EXPERIENCIA PROPIA.

EXPERIENCIA PROPIA.- CUANDO LA PRIMA DE LA COLECTIVIDAD ESTÉ DETERMINADA CON BASE EN LA EXPERIENCIA DE SINIESTRALIDAD DE LA MISMA O BIEN DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO COLECTIVO QUE PERTENEZCAN AL MISMO GRUPO EMPRESARIAL.

FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.- SE CONSIDERA COMO TAL, LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO EFECTUÓ EL PRIMER GASTO RELACIONADO CON UN ACCIDENTE CUBIERTO. CABE MENCIONAR QUE ESTE GASTO DEBE ESTAR AMPARADO POR UN COMPROBANTE Y/O RECIBO DE HONORARIOS CON LOS REQUISITOS FISCALES VIGENTES A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL MISMO.

HOSPITAL.- ES UNA INSTITUCIÓN LEGALMENTE AUTORIZADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA DE PACIENTES, QUE CUENTA LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS DEL DÍA CON SALAS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CON MÉDICOS Y CON ENFERMEROS. SE INCLUYEN EN ESTA DEFINICIÓN LOS SANATORIOS Y CLÍNICAS QUE CUMPLAN CON LO ANTERIOR.

HOSPITALIZACIÓN.- ESTANCIA CONTINUA EN UN HOSPITAL SIEMPRE Y CUANDO ESTA SEA JUSTIFICADA Y COMPROBABLE, PARA LA ATENCIÓN DE UN ACCIDENTE CUBIERTO. INICIA A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO INGRESE COMO PACIENTE INTERNO Y CONCLUYE CON EL ALTA DEL MISMO.

MÉDICO.- ES LA PERSONA FÍSICA QUE EJERCE LA MEDICINA, LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN Y PUEDE SER MÉDICO GENERAL O MÉDICO ESPECIALISTA.

REEMBOLSO.- ES EL SISTEMA MEDIANTE EL CUAL LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ LOS GASTOS CUBIERTOS EFECTUADOS DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS POR LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO. LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CUYO REEMBOLSO PROCEDA, SERÁN PAGADOS AL ASEGURADO O A QUIEN DEMUESTRE HABERLOS EFECTUADO.

2. COBERTURAS.

2.1. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (COBERTURA BÁSICA A PARTIR DE 12 (DOCE) AÑOS).

SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO EL ASEGURADO FALLECIERE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS PARA TAL EFECTO, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA, QUE SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. EN CASO DE SINIESTRO NO APLICARÁ DEDUCIBLE.

2.2. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (COBERTURA BÁSICA A PARTIR DE 3 (TRES) AÑOS Y MENORES DE 12 (DOCE) AÑOS Y ADICIONAL A PARTIR DE DICHA EDAD).

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO SUFRIERA LA PÉRDIDA DE UNO DE SUS MIEMBROS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TABLA:

TABLA DE INDEMNIZACIONES	ESCALA «A»	ESCALA «B»
AMBAS MANOS O AMBOS PIES O LA VISTA DE AMBOS OJOS	100%	100%
UNA MANO Y UN PIE	100%	100%
UNA MANO O UN PIE Y LA VISTA DE UN OJO	100%	100%
UNA MANO O UN PIE	50%	50%
LA VISTA DE UN OJO	30%	30%
EL PULGAR DE CUALQUIER MANO	15%	15%
EL ÍNDICE DE CUALQUIER MANO	10%	10%
TRES DEDOS COMPRENDIENDO EL PULGAR O EL ÍNDICE DE UNA MANO	0%	30%
TRES DEDOS QUE NO SEAN EL PULGAR O EL ÍNDICE DE UNA MANO	0%	25%
EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE DE UNA MANO	0%	25%
EL ÍNDICE Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL PULGAR DE UNA MANO	0%	20%
EL DEDO MEDIO, EL ANULAR O EL MEÑIQUE	0%	5%
AMPUTACIÓN PARCIAL DE UN PIE, COMPRENDIENDO TODOS LOS DEDOS	0%	30%
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN TOTAL DE AMBOS OÍDOS	0%	25%
ACORTAMIENTO DE UN MIEMBRO INFERIOR, POR LO MENOS DE 5 CMS.	0%	15%

POR PÉRDIDA DE UNA MANO SE ENTENDERÁ SU SEPARACIÓN O ANQUILOSIS AL NIVEL DE LA ARTICULACIÓN CARPO-METACARPIANA O ARRIBA DE ELLA; POR PÉRDIDA DE UN PIE, SU SEPARACIÓN O ANQUILOSIS DE LA ARTICULACIÓN TIBIO-TARSIANA O ARRIBA DE ELLA; POR PÉRDIDA DE LOS DEDOS, SU SEPARACIÓN O SU ANQUILOSIS SEA DE DOS FALANGES COMPLETAS CUANDO MENOS; Y POR PÉRDIDA DE LA VISTA, SE ENTENDERÁ LA PÉRDIDA COMPLETA Y DEFINITIVA DE LA VISIÓN.

CUANDO SEAN VARIAS LAS PÉRDIDAS OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EN UNO O EN VARIOS ACCIDENTES, LA INDEMNIZACIÓN ACUMULADA NO PODRÁ EXCEDER LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA EN CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL. EN CASO DE SINIESTRO NO APLICARÁ DEDUCIBLE.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE.

ESTAS COBERTURAS NO SURTIRÁN EFECTOS POR:

- A) ACCIDENTES NO CUBIERTOS EN ESTA PÓLIZA, INCLUYENDO CUALQUIER COMPLICACIÓN Y/O SECUELA QUE DERIVE DE ÉSTOS, DE SU TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.**
- B) TRATAMIENTOS MÉDICOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DERIVADAS DE INTENTOS DE SUICIDIO O LESIONES AUTOINFLINGIDAS.**
- C) ACCIDENTES QUE RESULTEN POR EL USO O ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGÚN ESTUPEFACIENTE O SUSTANCIA PSICOTRÓPICA, NO PRESCRITOS POR UN MÉDICO O UTILIZADOS EN FORMA DISTINTA A DICHA PRESCRIPCIÓN ASÍ MISMO CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE EBRIEDAD A MENOS QUE NO PUEDA IMPUTÁRSELE CULPA, IMPERICIA O NEGLIGENCIA GRAVES EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.**

- D) LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE RIÑAS, CUANDO ÉSTE SEA EL PROVOCADOR.**
- E) ACCIDENTES QUE EL ASEGURADO SUFRA EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE.**
- F) UN ESTADO DE REVOLUCIÓN O GUERRA, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, MÍTINES, MARCHAS, ALBOROTOS POPULARES, MANIFESTACIONES O TERRORISMO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- G) LESIONES DERIVADAS DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES.**
- H) ACCIDENTES QUE LE OCURRAN AL ASEGURADO MIENTRAS PARTICIPE DIRECTAMENTE EN PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD.**
- I) ACCIDENTES QUE EL ASEGURADO SUFRA MIENTRAS HAGA USO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR, DE MANERA PROFESIONAL, ENTENDIÉNDOSE COMO PROFESIONAL LA PERSONA QUE RECIBE CUALQUIER TIPO DE REMUNERACIÓN POR EL USO DE DICHS VEHÍCULOS.**
- J) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA DURANTE LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE COMO PROFESIONAL, ENTENDIÉNDOSE COMO PROFESIONAL LA PERSONA QUE RECIBE CUALQUIER TIPO DE REMUNERACIÓN POR LA PRÁCTICA DE ALGÚN DEPORTE.**
- K) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA MIENTRAS SE ENCUENTRE A BORDO DE AERONAVES QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON HORARIOS Y RUTAS REGULARMENTE ESTABLECIDOS.**
- L) RADIACIONES ATÓMICAS O IONIZANTES.**

2.4. COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (A PARTIR DE 3 (TRES) AÑOS).
EN CASO DE APARECER AMPARADA ESTA COBERTURA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO AFECTADO, SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, SE REALIZAREN ALGUNO DE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS EN ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ EL COSTO DE LOS MISMOS AJUSTÁNDOLOS PREVIAMENTE A LOS LÍMITES CONSIGNADOS EN ESTAS CONDICIONES GENERALES. PARA ESTA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO APLICARÁ EL DEDUCIBLE SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

2.4.1. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

LOS GASTOS EN QUE SE INCURRA DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS POR SERVICIOS Y/O MATERIALES MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE CUALQUIER ACCIDENTE CUBIERTO, QUE POR PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO, SEAN NECESARIOS PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DEL ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE SE EFECTÚEN POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1. HONORARIOS DE MÉDICOS Y AYUDANTES, POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O CONSULTA MÉDICA.
2. HOSPITALIZACIÓN: ÉSTOS ESTÁN CONFORMADOS POR EL COSTO DE UN CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR, CON BAÑO, ASÍ COMO LOS MEDICAMENTOS Y LOS ALIMENTOS PROPORCIONADOS AL ASEGURADO.
3. EL USO DE SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN O DE CURACIONES.

4. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO, **NO ESTÉTICOS**, QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
5. HONORARIOS DE ENFERMEROS PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE, CON UN MÁXIMO DE 3 (TRES) TURNOS POR DÍA. EN CASO DE CONTRATARSE FUERA DE UN HOSPITAL **SE PAGARÁ POR UN MÁXIMO DE 30 (TREINTA) DÍAS, CON UN MÁXIMO DE 8 (OCHO) HORAS POR TURNO.**

QUEDAN EXCLUIDOS LOS HONORARIOS DE ENFERMERO INTRAHOSPITALARIO CUANDO SU SERVICIO NO HAYA SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADO POR LA COMPAÑÍA.

6. MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS FUERA DEL HOSPITAL, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES Y SE ACOMPAÑE EL COMPROBANTE DE PAGO ORIGINAL DE LA FARMACIA, CON LA RECETA CORRESPONDIENTE.
7. ANÁLISIS DE LABORATORIOS, ESTUDIOS DE RAYOS X, ISOTOPOS RADIOACTIVOS, DE ELECTROCARDIOGRAFÍA, DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, U OTROS INDISPENSABLES PARA DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
8. TRANSFUSIONES DE SANGRE, APLICACIONES DE PLASMA, SUEROS, U OTRAS SUBSTANCIAS SEMEJANTES.
9. CONSUMO DE OXÍGENO.
10. RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR ALGUNO DE LOS MÉDICOS TRATANTES, **QUEDARÁN CUBIERTOS HASTA UN MÁXIMO DEL 10% DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**
11. TRATAMIENTOS DE RADIO-TERAPIA, FISIO-TERAPIA O INHALOTERAPIA, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR ALGUNO DE LOS MÉDICOS TRATANTES.
12. COMPRA DE PRÓTESIS DENTALES, PRESCRITAS POR ALGUNO DE LOS MÉDICOS TRATANTES. **LOS TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES NECESARIOS A CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, SERÁN CUBIERTOS POR LA COMPAÑÍA HASTA UN LÍMITE MÁXIMO DE UN 15% DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**

QUEDA EXCLUIDA LA REPOSICIÓN DE PRÓTESIS YA EXISTENTES A LA FECHA DE CUALQUIER ACCIDENTE CUBIERTO.

13. TRANSPORTE PROPORCIONADO POR SERVICIOS PROFESIONALES DE AMBULANCIA, HACIA O DESDE UN HOSPITAL, **SE PAGARÁN HASTA UN MÁXIMO DEL 5% DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**
14. CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO REALIZADO POR QUIROPRÁCTICOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS SEAN PRESCRITOS POR ALGUNO DE LOS MÉDICOS TRATANTES, DICHS QUIROPRÁCTICOS DEBEN ENCONTRARSE LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
15. CAMA EXTRA PARA UN ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO, DURANTE LA INTERNACIÓN DE ÉSTE EN UN HOSPITAL.

EN TODOS LOS CASOS EN LOS CUALES SE INCLUYA EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), LA INDEMNIZACIÓN COMPRENDERÁ DICHO IMPUESTO, **CUALQUIER OTRO IMPUESTO O GRAVAMEN SE ENCUENTRA EXCLUIDO.**

2.4.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTA COBERTURA LOS GASTOS QUE DERIVEN DE ALGUNO DE LOS CONCEPTOS SEÑALADOS EN EL NUMERAL 2.3 DE ESTAS CONDICIONES GENERALES, ASÍ COMO QUE LOS RESULTANTES DE:

- A) TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, TALES COMO PERO NO LIMITADOS A DEPRESIÓN, HISTERIA, NEUROSIS O PSICOSIS, SALVO AQUELLOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CAUSADOS A CONSECUENCIA DE VIOLACIÓN SEXUAL O PRIVACIÓN ILEGAL DE LA LIBERTAD.**
- B) PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, TALES COMO PERO NO LIMITADOS A ESTRÉS, ANOREXIA O BULIMIA, SALVO AQUELLOS PADECIMIENTOS PSICOLÓGICOS CAUSADOS A CONSECUENCIA DE VIOLACIÓN SEXUAL O PRIVACIÓN ILEGAL DE LA LIBERTAD.**
- C) EMBARAZOS, ABORTOS, A MENOS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO; PARTOS PREMATUROS O PARTOS NORMALES O ANORMALES, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO.**
- D) CIRUGÍAS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES, SALVO LOS CASOS EN QUE SEA INDISPENSABLE, A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- E) CUALQUIER CONCEPTO QUE TENGA RELACIÓN CON LOS ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO, ADICIONAL AL CONSIGNADO EN EL NUMERAL 15 DE LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE DE ESTA PÓLIZA.**
- F) TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES PARA RECUPERAR LA FUNCIÓN DE UN ÓRGANO O EXTREMIDAD A CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE CUBIERTO.**
- G) EXÁMENES DE LA VISTA, ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO O APARATOS AUDITIVOS, ASÍ COMO CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO CON EL FIN DE CORREGIR CUALQUIER DEFECTO DE REFRACCIÓN.**
- H) PELUQUERÍA, BARBERÍA, PEDICURISTA, ASÍ COMO LA COMPRA O ALQUILER DE APARATOS Y/O SERVICIOS PARA LA COMODIDAD PERSONAL DEL ASEGURADO.**
- I) TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.**
- J) REHABILITACIÓN NO AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO EL USO DE GIMNASIOS, DEPORTIVOS, ALBERCAS, LUGARES DE MASAJE, BICICLETAS Y SIMILARES.**
- K) LA COMPRA DE CAMA DE ENFERMO O COLCHÓN ESPECIAL.**
- L) HONORARIOS MÉDICOS O PAGO A PROVEEDORES CUANDO EL MÉDICO TRATANTE O PROVEEDOR SEA EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO O ALGUNO DE LOS PADRES, HERMANOS, HIJOS, CÓNYUGE O CONCUBINARIO DEL ASEGURADO AFECTADO O DEL CONTRATANTE.**

M) LOS REALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE CARIDAD, BENEFICENCIA, ASISTENCIA SOCIAL O CUALESQUIERA OTROS SEMEJANTES EN DONDE NO SE EXIGE REMUNERACIÓN.

2.5. COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS (A PARTIR DE 3 (TRES) AÑOS Y MENORES DE 12 (DOCE) AÑOS).

CUANDO ESTA COBERTURA APAREZCA AMPARADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL ASEGURADO AFECTADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA EN ESTA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE OCURRIR SU FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO. EN CASO DE SINIESTRO NO APLICARÁ DEDUCIBLE.

2.5.1. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS. ESTA COBERTURA NO SURTIRÁ EFECTOS, CUANDO LOS GASTOS FUNERARIOS DERIVEN DE ALGUNO DE LOS CONCEPTOS SEÑALADOS EN EL NUMERAL 2.3 DE ESTAS CONDICIONES GENERALES.

3. RECLAMACIÓN DE SINIESTROS.

3.1. AVISO.

ES OBLIGACIÓN DE LOS ASEGURADOS DAR AVISO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA, EN EL CURSO DE LOS PRIMEROS 5 (CINCO) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DEL DERECHO CONSTITUIDO A SU FAVOR POR LA REALIZACIÓN DE ALGÚN SINIESTRO QUE PUDIERA SER MOTIVO DE INDEMNIZACIÓN, SALVO CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR, DEBIENDO DARLO TAN PRONTO COMO CESE UNO U OTRO.

3.2. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

CUANDO SE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y/O LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE, SE SUMARÁN LAS CANTIDADES QUE PROCEDAN PARA CADA COBERTURA Y DEL IMPORTE DETERMINADO **NO** SE DESCONTARÁ NINGUNA CANTIDAD POR CONCEPTO DE DEDUCIBLE.

CUANDO SE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE DERIVADA DE ALGÚN ACCIDENTE CUBIERTO, SE SUMARÁN LAS CANTIDADES RECLAMADAS QUE PROCEDAN Y DEL IMPORTE ASÍ DETERMINADO, SE DESCONTARÁ LA CANTIDAD QUE SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA BAJO EL RUBRO DE DEDUCIBLE.

EL TOTAL DE LAS CANTIDADES QUE PAGUE LA COMPAÑÍA, NUNCA SERÁ SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA QUE SE HAYA CONTRATADO PARA CADA COBERTURA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EN TODA RECLAMACIÓN DEBERÁ COMPROBARSE, POR CUENTA DEL RECLAMANTE LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO, POR LO QUE, CON INDEPENDENCIA DE LO SEÑALADO MÁS ADELANTE PARA CADA COBERTURA, EL RECLAMANTE DEBERÁ PRESENTAR A LA COMPAÑÍA UNA DECLARACIÓN DEL MÉDICO O MÉDICOS QUE HAYAN ATENDIDO AL ASEGURADO A TRAVÉS DE LAS FORMAS DE DECLARACIÓN CORRESPONDIENTES QUE PARA TAL EFECTO LE PROPORCIONE LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO, TODOS LOS ELEMENTOS EN LOS QUE SE HAYA FUNDADO EL DIAGNÓSTICO DEL ACCIDENTE CUBIERTO.

CON LA ACEPTACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO CORRESPONDIENTE, EL ASEGURADO Y/O LOS RECLAMANTES AUTORIZAN A LA COMPAÑÍA PARA QUE, EN CUALQUIER TIEMPO, SOLICITE Y OBTenga DE LOS MÉDICOS, HOSPITALES, SANATORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS, GABINETES Y/O ESTABLECIMIENTOS QUE HAYAN ATENDIDO AL ASEGURADO O QUE LO ATIENDAN EN LO SUCESIVO, TODA LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL EXPEDIENTE Y/O RESUMEN CLÍNICO Y/O NOTAS Y/O REPORTES Y/O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO SOBRE SUS ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES ANTERIORES Y/O ACTUALES.

CON INDEPENDENCIA DE LA AUTORIZACIÓN OTORGADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, EL ASEGURADO Y/O RECLAMANTES, DEBEN CUMPLIR CON SU OBLIGACIÓN DE PRESENTAR, EN CADA OCASIÓN QUE LA COMPAÑÍA SE LOS SOLICITE, UN RESUMEN CLÍNICO, ASÍ COMO TODA LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE LA COMPAÑÍA LES REQUIERA SOBRE EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES CORRESPONDIENTES, YA QUE LOS MISMOS SON INDISPENSABLES PARA QUE LA COMPAÑÍA PUEDA CONOCER EL FUNDAMENTO DE SU RECLAMACIÓN, Y LAS CIRCUNSTANCIAS PROPIAS DE LA REALIZACIÓN DE UN EVENTO OBJETO DE RECLAMO.

LOS TELÉFONOS DEL MÓDULO DE ATENCIÓN 24 HORAS SON LOS SIGUIENTES:

PARA EL D.F. Y SU ÁREA METROPOLITANA: 54 47 8089

DESDE EL INTERIOR DE LA REPÚBLICA: 01 800 22 13 044 LADA SIN COSTO

LOS GASTOS QUE RESULTEN PROCEDENTES SOBRE AQUELLOS ACCIDENTES QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS, SERÁN LIQUIDADOS EN EL CURSO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA RECIBA LOS DOCUMENTOS E INFORMES QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN.

CUANDO LA PRIMA CORRESPONDIENTE SE ENCUENTRE VENCIDA Y NO PAGADA, PERO DENTRO DEL PERIODO DE GRACIA PARA REALIZAR SU PAGO, LA PRIMA SE DESCONTARÁ DE LA INDEMNIZACIÓN.

PARA QUE PROCEDA EL REEMBOLSO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN AL AMPARO DE LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, DEBERÁ CONTARSE CON UN DIAGNÓSTICO MÉDICO DEFINITIVO Y HABERSE CUBIERTO EL DEDUCIBLE SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO CONTRARIO ÉSTE SE DESCONTARÁ DEL IMPORTE A INDEMNIZAR.

LAS RECLAMACIONES QUE RESULTEN PROCEDENTES SERÁN LIQUIDADAS EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS INDICADOS EN CADA UNA DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS.

3.3. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS.

LAS RECLAMACIONES DE ESTA COBERTURA SERÁN PAGADAS UNA VEZ QUE SE PROPORCIONE A LA COMPAÑÍA LA DOCUMENTACIÓN QUE COMPROBE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO AFECTADO, Y EN SU CASO, LOS COMPROBANTES DE LOS GASTOS FUNERARIOS.

EL RECLAMANTE DEBERÁ PRESENTAR A LA COMPAÑÍA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

DEL ASEGURADO:

- A) COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.
- B) COPIA SIMPLE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.
- C) COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO.
- D) ORIGINAL DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA (CREDENCIAL PARA VOTAR EXPEDIDA POR EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL, PASAPORTE O CÉDULA PROFESIONAL).
- E) ORIGINAL DE UN COMPROBANTE DE DOMICILIO, CON UN MÁXIMO DE 3 (TRES) MESES DE ANTIGÜEDAD.

CUANDO EL FALLECIMIENTO HAYA OCURRIDO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, HOMICIDIO, SUICIDIO O CUALQUIER OTRA CAUSA NO DEFINIDA COMO MUERTE NATURAL, PRESENTAR COPIA CERTIFICADA DE LA(S) AVERIGUACIÓN(ES) PREVIA(S) COMPLETA(S) LEVANTADA(S) ANTE EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO O ANTE LAS AUTORIDADES QUE TUVIERON CONOCIMIENTO DEL FALLECIMIENTO, QUE CONTENGAN POR LO MENOS: IDENTIFICACIÓN DEL CADÁVER Y RESULTADO DE LA AUTOPSIA O NECROPSIA.

DEL RECLAMANTE:

- F) CARTA DE RECLAMACIÓN.
- G) LAS FORMAS DE DECLARACIÓN CORRESPONDIENTES DEBIDAMENTE REQUISITADAS, QUE SERÁN PROPORCIONADAS POR LA COMPAÑÍA.
- H) EN CASO DE QUE EL RECLAMANTE SEA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO AFECTADO, COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO, SI SE TRATA DE LA CONCUBINA O DEL CONCUBINARIO, COPIA CERTIFICADA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL CONCUBINATO Y, EN EL CASO DE LOS HIJOS DEL ASEGURADO AFECTADO, COPIA CERTIFICADA DE SU ACTA DE NACIMIENTO.
- I) ORIGINAL DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA (CREDENCIAL PARA VOTAR EXPEDIDA POR EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL, PASAPORTE O CÉDULA PROFESIONAL). EN CASO DE MENORES DE EDAD, SE REQUERIRÁ LA CONFIRMACIÓN DE IDENTIDAD QUE HAGA SU TUTOR.
- J) ORIGINAL DE UN COMPROBANTE DE DOMICILIO, CON UN MÁXIMO 3 (TRES) MESES DE ANTIGÜEDAD.

3.4. COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE Y COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

LAS RECLAMACIONES QUE SE PRESENTEN RESPECTO A LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE SERÁN LIQUIDADAS AL ASEGURADO, Y LAS RECLAMACIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, SERÁN PAGADAS AL ASEGURADO O A QUIEN DEMUESTRE HABER EFECTUADO LOS GASTOS PROCEDENTES DE ALGÚN ACCIDENTE CUBIERTO, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

EL RECLAMANTE DEBERÁ PRESENTAR A LA COMPAÑÍA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- A) ORIGINAL DEL DOCUMENTO DENOMINADO AVISO DE ENFERMEDAD PROPORCIONADO POR LA COMPAÑÍA, REQUISITADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO, EN EL CASO DE MENORES DE EDAD, SE REQUERIRÁ LA FIRMA DE ALGUNO DE SUS PADRES, O TUTOR, EN SU CASO.
- B) ORIGINAL DEL DOCUMENTO DENOMINADO INFORME MÉDICO PROPORCIONADO POR LA COMPAÑÍA, DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE.
- C) ORIGINAL DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA (CREDENCIAL PARA VOTAR EXPEDIDA POR EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL, PASAPORTE O CÉDULA PROFESIONAL) DEL ASEGURADO Y DEL RECLAMANTE. EN CASO DE MENORES DE EDAD, SE REQUERIRÁ LA CONFIRMACIÓN DE IDENTIDAD QUE HAGA ALGUNO DE SUS PADRES, O TUTOR, EN SU CASO.
- D) ORIGINAL DE UN COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL ASEGURADO Y DEL RECLAMANTE, CON UN MÁXIMO DE 3 (TRES) MESES DE ANTIGÜEDAD.

PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, SE REQUERIRÁ ADEMÁS:

- E) ORIGINAL DE LOS COMPROBANTES Y RECIBOS DE HONORARIOS CORRESPONDIENTES, LOS CUALES DEBERÁN REUNIR LOS REQUISITOS QUE PARA LOS DE SU CLASE EXIJAN LAS LEYES Y REGLAMENTOS FISCALES VIGENTES, ACOMPAÑADOS DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN QUE EL MÉDICO TRATANTE HAYA PRESCRITO LOS MEDICAMENTOS, EL BIEN O SERVICIO POR

EL QUE SE REALIZARON LOS GASTOS. UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN, LAS FACTURAS Y RECIBOS PAGADOS QUEDARÁN EN PODER DE LA COMPAÑÍA.

- F) RECETAS Y/O ORDEN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DEL MÉDICO TRATANTE.
- G) PARA EL CASO DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS O PROBLEMAS PSICOLÓGICOS OCASIONADOS POR VIOLACIÓN SEXUAL Y/O PRIVACIÓN ILEGAL DE LA LIBERTAD: COPIA(S) CERTIFICADA(S) DE LA(S) AVERIGUACIÓN(ES) PREVIA(S) LEVANTADA(S) ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO Y/O DE LAS ACTUACIONES EFECTUADAS POR OTRAS AUTORIDADES QUE HAYAN INTERVENIDO EN EL EVENTO (SINIESTRO).

4. CLÁUSULAS GENERALES.

4.1. CONTRATO.

LA SOLICITUD DE SEGURO, ESTA PÓLIZA, EL REGISTRO DE ASEGURADOS, LOS CONSENTIMIENTOS, LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES Y LOS ENDOSOS ADICIONALES, SON PARTE DEL CONTRATO Y CONSTITUYEN PRUEBA DE SU CELEBRACIÓN.

«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 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO). ESTE DERECHO SE HACE EXTENSIVO AL CONTRATANTE.

4.2. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA SÓLO PODRÁN MODIFICARSE A LA RENOVACIÓN DE LA MISMA PREVIO ACUERDO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA MEDIANTE LA EMISIÓN DE LOS RESPECTIVOS ENDOSOS. EN CONSECUENCIA, LOS AGENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA NO AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA, CARECEN DE FACULTADES PARA HACER MODIFICACIONES O CONCESIONES.

EL CONTRATANTE SE OBLIGA A HACER DEL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS QUE APARECEN EN EL REGISTRO DE ASEGURADOS EL CONTENIDO DE LA PRESENTE DISPOSICIÓN.

4.3. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA PRINCIPIA Y TERMINA EN LAS FECHAS Y HORAS ESTABLECIDAS AL EFECTO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

LA VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES PRINCIPIA Y TERMINA EN LAS FECHAS Y HORAS ESTABLECIDAS AL EFECTO EN DICHS CERTIFICADOS Y ESTÁN SUPEDITADOS A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. EN CASO DE QUE SE EXPIDAN NUEVOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, ÉSTOS DEJARÁN SIN EFECTO LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES EMITIDOS CON ANTERIORIDAD.

4.4. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

NO OBSTANTE EL TÉRMINO DE VIGENCIA DEL CONTRATO, LAS PARTES CONVIENEN EN QUE ÉSTE PODRÁ DARSE POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE A SOLICITUD DEL CONTRATANTE O ASEGURADO, MEDIANTE NOTIFICACIÓN REALIZADA POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA. EN CUALQUIER CASO, LA COMPAÑÍA TENDRÁ DERECHO A LA PARTE DE LA PRIMA QUE CORRESPONDA AL TIEMPO DURANTE EL CUAL EL SEGURO HUBIERA ESTADO EN VIGOR Y DEBERÁ DEVOLVER AL CONTRATANTE LA PRIMA TOTAL POR EL TIEMPO DE VIGENCIA NO CORRIDO, MENOS LOS GASTOS DE EXPEDICIÓN Y EL CORRESPONDIENTE IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.

4.5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO DEBERÁ COMUNICAR A LA COMPAÑÍA LAS AGRAVACIONES ESENCIALES QUE TENGA EL RIESGO DURANTE EL CURSO DEL SEGURO, DENTRO DE LAS 24 (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 COMPAÑÍA EN LO SUCESIVO. (ARTÍCULO 52 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

4.6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

EL CONTRATANTE Y EL (LOS) ASEGURADO(S) ESTÁ(N) OBLIGADO(S) A DECLARAR, POR ESCRITO, DE ACUERDO CON EL CUESTIONARIO RELATIVO, QUE OBRA EN EL CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL, TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO QUE PUEDAN INFLUIR EN LAS CONDICIONES CONVENIDAS, TALES COMO LOS CONOZCAN O DEBAN CONOCER EN EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

LA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE ALGÚN HECHO IMPORTANTE A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO (ARTÍCULOS 8, 9, 10 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

4.7. RENOVACIÓN.

LA ASEGURADORA PODRÁ RENOVAR ESTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO LA TEMPORALIDAD SEA DE UN AÑO O DE PLAZOS MENORES, Y, EL NÚMERO DE ASEGURADOS QUE CONFORMEN LA COLECTIVIDAD EN LA RENOVACIÓN NO SEA INFERIOR AL QUE SE REQUIERE PARA CONTRATAR LA PÓLIZA EN SU MODALIDAD DE EXPERIENCIA PROPIA, QUE ES DE 1,000 (UN MIL) ASEGURADOS Y DE 10 (DIEZ) ASEGURADOS PARA LA MODALIDAD DE EXPERIENCIA GLOBAL. RENOVACIÓN QUE SE REALIZARÁ MEDIANTE ENDOSO A LA PÓLIZA EN LAS MISMAS CONDICIONES EN QUE FUE CONTRATADA, SIEMPRE QUE SE REÚNAN LOS REQUISITOS DEL «REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES», EN LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO. EN CADA RENOVACIÓN SE APLICARÁN LAS PRIMAS DE TARIFA OBTENIDAS CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS EN LA NOTA TÉCNICA RESPECTIVA.

4.8. EDAD.

SOLAMENTE PUEDEN SER ASEGURADOS EN ESTA PÓLIZA LAS PERSONAS CUYA EDAD MÍNIMA SEA DE 3 (TRES) AÑOS Y LA MÁXIMA SEA DE 64 (SESENTA Y CUATRO) AÑOS CUMPLIDOS EN LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL, PUDIÉNDOSE RENOVAR EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE HASTA EN TANTO EL ASEGURADO CONTINÚE PERTENECIENDO A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA EN ESTA PÓLIZA Y NO HAYA CUMPLIDO 70 (SETENTA) AÑOS DE EDAD.

LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL SE OFRECE COMO COBERTURA BÁSICA A PARTIR DE LOS 12 (DOCE) AÑOS Y PARA MENORES A 65 (SESENTA Y CINCO) AÑOS DE EDAD.

LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE Y LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS, SE OFRECEN COMO COBERTURA BÁSICA Y ADICIONAL RESPECTIVAMENTE, A PARTIR DE 3 (TRES) AÑOS Y MENORES DE 12 (DOCE) AÑOS DE EDAD, Y SÓLO COMO ADICIONAL LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE A PARTIR DE LA ÚLTIMA EDAD SEÑALADA.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR, EN CUALQUIER MOMENTO, LA COMPROBACIÓN DE LA FECHA DE NACIMIENTO DE LOS ASEGURADOS, EN CUYO CASO, HARÁ LA ANOTACIÓN CORRESPONDIENTE EN ESTA PÓLIZA Y NO TENDRÁ DERECHO A EXIGIR NUEVAS PRUEBAS PARA DICHA COMPROBACIÓN.

CUANDO SE COMPRUEBE QUE HUBO INEXACTITUD EN LA INDICACIÓN DE LA EDAD DE ALGÚN ASEGURADO, LA COMPAÑÍA NO PODRÁ RESCINDIR EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, A NO SER QUE LA EDAD REAL AL TIEMPO DE SU CELEBRACIÓN ESTÉ FUERA DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN FIJADOS POR LA COMPAÑÍA. EN ESTE CASO, SE DEVOLVERÁ AL CONTRATANTE LA RESERVA MATEMÁTICA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL A LA FECHA DE SU RESCISIÓN.

SI LA EDAD DEL ASEGURADO ESTUVIERE COMPRENDIDA DENTRO DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN FIJADOS POR LA COMPAÑÍA, SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES REGLAS:

- CUANDO A CONSECUENCIA DE LA INDICACIÓN INEXACTA DE LA EDAD, SE PAGARE UNA PRIMA MENOR DE LA QUE CORRESPONDERÍA POR LA EDAD REAL, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA 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.

- SI LA COMPAÑÍA YA HUBIERA SATISFECHO EL IMPORTE DEL SEGURO AL DESCUBRIRSE LA INEXACTITUD DE LA INDICACIÓN SOBRE LA EDAD, TENDRÁ DERECHO A QUE SE LE DEVUELVA LO QUE HUBIERE PAGADO DE MÁS CONFORME AL CÁLCULO DEL PÁRRAFO ANTERIOR, INCLUYENDO LOS INTERESES RESPECTIVOS, LOS CUALES SE CALCULARÁN EN BASE A LA FRACCIÓN QUE RESULTE APLICABLE DEL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, DEPENDIENDO DEL TIPO DE MONEDA EN QUE HAYA CONTRATADO ESTA PÓLIZA.

- 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 LA DIFERENCIA ENTRE LA RESERVA EXISTENTE Y LA QUE HABRÍA SIDO NECESARIA PARA LA EDAD DEL ASEGURADO EN EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO. LAS PRIMAS ULTERIORES DEBERÁN REDUCIRSE DE ACUERDO CON ESTA EDAD.

- SI CON POSTERIORIDAD A LA MUERTE DEL ASEGURADO SE DESCUBRIERA QUE FUE INCORRECTA LA EDAD MANIFESTADA, Y ÉSTA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN AUTORIZADOS, LA COMPAÑÍA ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR LA SUMA ASEGURADA QUE LAS PRIMAS CUBIERTAS HUBIERAN PODIDO PAGAR DE ACUERDO CON LA EDAD REAL DEL ASEGURADO.

PARA LOS CÁLCULOS QUE EXIGEN LOS PUNTOS ANTERIORES, SE APLICARÁN LAS TARIFAS QUE HAYAN ESTADO EN VIGOR EN EL TIEMPO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

4.9. MOVIMIENTOS.

4.9.1. REGISTRO DE ASEGURADOS.

LA COMPAÑÍA FORMARÁ UN REGISTRO DE ASEGURADOS DE ESTA PÓLIZA, EL CUAL CONTENDRÁ LOS SIGUIENTES DATOS:

- A) NOMBRE, EDAD O FECHA DE NACIMIENTO Y SEXO, DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA,
- B) SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA,
- C) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DEL SEGURO DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA Y FECHA DE TERMINACIÓN DEL MISMO,
- D) NÚMERO DE CERTIFICADO INDIVIDUAL, Y
- E) COBERTURAS AMPARADAS.

A SOLICITUD DEL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA DEBERÁ ENTREGARLE COPIA DE ESTE REGISTRO, SALVO EN LAS PÓLIZAS EXPEDIDAS CON EL ENDOSO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN, DADO QUE EN ÉSTAS LA INFORMACIÓN ALUDIDA OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE.

4.9.2. ALTA DE ASEGURADOS.

LAS PERSONAS QUE INGRESAN A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE HAYAN DADO SU CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADOS DENTRO DE LOS 30 (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 DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

CON INDEPENDENCIA DE LO PREVISTO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, TRATÁNDOSE DE PERSONAS QUE SOLICITEN SU INGRESO A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE HAYAN DADO SU CONSENTIMIENTO

DESPUÉS DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HUBIERAN ADQUIRIDO EL DERECHO DE FORMAR PARTE DEL MISMO, LA ASEGURADORA, DENTRO DE LOS 30 (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 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE HAYAN CUMPLIDO DICHS 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.

4.9.3. BAJA DE ASEGURADOS.

LAS PERSONAS QUE SE SEPARAN DEFINITIVAMENTE DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA, DEJARÁN DE ESTAR ASEGURADAS DESDE EL MOMENTO DE SU SEPARACIÓN, QUEDANDO SIN VALIDEZ ALGUNA EL CERTIFICADO INDIVIDUAL EXPEDIDO. EN ESTE CASO, LA COMPAÑÍA RESTITUIRÁ LA PARTE DE LA PRIMA DE TARIFA NO DEVENGADA PREVIA DISMINUCIÓN DE LA PORCIÓN DEL COSTO DE ADQUISICIÓN CORRESPONDIENTE DE DICHS INTEGRANTES CALCULADA EN DÍAS EXACTOS, A QUIENES LA HAYAN APORTADO, EN LA PROPORCIÓN CORRESPONDIENTE. CUALQUIER RESTITUCIÓN DE PRIMA SE REALIZARÁ POR CONDUCTO DEL CONTRATANTE.

CUANDO LOS INTEGRANTES DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA CONTRIBUYAN EN EL PAGO DE LA PRIMA Y ALGUNO DE ELLOS NO CUBRA AL CONTRATANTE LA PARTE A QUE SE HUBIESE OBLIGADO, ÉSTE ÚLTIMO PODRÁ SOLICITAR A LA COMPAÑÍA LA BAJA DE ESTA PÓLIZA DEL ASEGURADO DE QUE SE TRATE.

4.9.4. MODIFICACIONES EN LA SITUACIÓN DE LOS ASEGURADOS.

EL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO DEBERÁN INFORMAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA SITUACIÓN DE ESTE ÚLTIMO QUE AFECTE LAS CONDICIONES DEL RIESGO, DENTRO DE LAS 72 (SETENTA Y DOS) HORAS SIGUIENTES AL MOMENTO EN QUE LA CONOZCAN, A FIN DE QUE LA COMPAÑÍA REALICE LA MODIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EN ESTA PÓLIZA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE CAMBIÓ DICHA SITUACIÓN Y AJUSTE EL IMPORTE DE LA PRIMA. SI SE OMITIERE EL AVISO, CESARÁN DE PLENO DERECHO LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA EN LO SUCESIVO.

CUANDO LA MODIFICACIÓN AFECTE LA REGLA PARA DETERMINAR LAS SUMAS ASEGURADAS, SERÁ NECESARIO QUE EL CONTRATANTE ENTREGUE A LA COMPAÑÍA DENTRO DE LAS 72 (SETENTA Y DOS) HORAS SIGUIENTES A QUE SE DETERMINE LA MODIFICACIÓN, LOS NUEVOS CONSENTIMIENTOS EN DONDE CONSTE DICHA MODIFICACIÓN. EN CASO DE QUE NO SE ENTREGUEN A LA COMPAÑÍA LOS NUEVOS CONSENTIMIENTOS PREVALECE LA REGLA ESTABLECIDA EN ANTERIORES CERTIFICADOS.

4.10. OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.

EL CONTRATANTE SE OBLIGA A SOLICITAR SEGURO PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE EN EL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA REÚNAN LAS CARACTERÍSTICAS NECESARIAS PARA FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA. ASIMISMO, SE OBLIGA A SOLICITAR EL SEGURO EN LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE, CON POSTERIORIDAD, LLEGAREN A CUMPLIR DICHS CARACTERÍSTICAS, DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS SIGUIENTES A QUE LAS CUMPLAN.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, POR PARTE DEL CONTRATANTE, FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA A DAR POR TERMINADO EL CONTRATO.

4.11. COMUNICACIONES.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE TODAS LAS COMUNICACIONES DEL CONTRATANTE, DE LOS ASEGURADOS O LOS RECLAMANTES Y/O BENEFICIARIOS, DEBERÁN DIRIGIRSE POR ESCRITO AL DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA QUE SE INDICA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES Y EN ESTAS CONDICIONES GENERALES. LOS REQUERIMIENTOS Y COMUNICACIONES QUE LA COMPAÑÍA DEBA HACER AL CONTRATANTE, A LOS ASEGURADOS, A LOS RECLAMANTES, SE HARÁN AL ÚLTIMO DOMICILIO QUE CONOZCA PARA TAL EFECTO.

4.12. MONEDA.

TODOS LOS PAGOS RELATIVOS A ESTE CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATANTE, DE LOS ASEGURADOS O DE LA COMPAÑÍA, SE EFECTUARÁN EN MONEDA NACIONAL EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY MONETARIA VIGENTE EN LA FECHA DE PAGO.

4.13. COMPETENCIA.

EN CASO DE CONTROVERSA, EL QUEJOSO PODRÁ OCURRIR A PRESENTAR SU RECLAMACIÓN ANTE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF), EN SUS OFICINAS CENTRALES O EN CUALQUIERA DE SUS DELEGACIONES O ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE LA COMPAÑÍA EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 50-BIS Y 68 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS, LO QUE DEBERÁ HACER DENTRO DEL TÉRMINO DE 2 (DOS) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE QUE SE SUSCITE EL HECHO QUE LE DIO ORIGEN, O EN SU CASO A PARTIR DE LA NEGACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SATISFACER SUS PRETENSIONES.

EN CASO DE QUE EL QUEJOSO DECIDA PRESENTAR SU RECLAMACIÓN ANTE CONDUSEF Y LAS PARTES NO SE SOMETAN AL ARBITRAJE DE LA MISMA O DE QUIEN ÉSTA PROPONGA, SE DEJARÁN A SALVO LOS DERECHOS DEL QUEJOSO PARA QUE LOS HAGA VALER ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES DEL DOMICILIO DE CUALQUIERA DE LAS DELEGACIONES DE LA CONDUSEF, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 136 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

4.14. PRESCRIPCIÓN.

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. ESTE PLAZO NO CORRERÁ EN CASO DE OMISIÓN, FALSAS O INEXACTAS

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO CORRIDO, SINO DESDE EL DÍA EN QUE ESTA INSTITUCIÓN DE SEGUROS 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.

ES NULO EL PACTO QUE ABREVE O EXTIENDA EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR.

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 O POR LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN ANTE LA CONDUSEF Y SE SUSPENDERÁ POR LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE ESTA COMPAÑÍA

4.15. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS POR UTILIDADES REALIZADAS (DIVIDENDOS).

LA PÓLIZA BAJO LA MODALIDAD DE EXPERIENCIA PROPIA PUEDE SER CONTRATADA CON O SIN PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS POR UTILIDADES REALIZADAS (DIVIDENDOS), ESTA ELECCIÓN DEBERÁ HACERSE DE MANERA EXPRESA AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN. EN CASO DE CONTRATARSE CON DIVIDENDOS, SE ENTREGARÁ UN ENDOSO SEÑALANDO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EN QUE SE CALCULARÁN Y ENTREGARÁN ÉSTOS.

LA PÓLIZA BAJO LA MODALIDAD DE EXPERIENCIA GLOBAL, NO OTORGA DIVIDENDOS.

4.16. PRIMAS.

LA SUMA DE LAS PRIMAS QUE CORRESPONDAN A CADA MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA CONFORMARÁ LA PRIMA TOTAL DE ESTA PÓLIZA.

LA PRIMA PARA CADA MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA QUE NO INGRESE PRECISAMENTE EN LA FECHA DE ANIVERSARIO DEL CONTRATO SERÁ PROPORCIONAL A LOS DÍAS EXACTOS QUE TRANSCURRAN DESDE SU FECHA DE ALTA Y HASTA LA FECHA DE FIN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS ES ÚNICA.

EL PAGO ÚNICO ES AQUEL QUE SE HACE EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, POR EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A TODO EL LAPSO PARA EL CUAL RESULTE CALCULADA LA UNIDAD DE LA PRIMA.

LA FORMA DE PAGO CONVENIDA SE INDICA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y EN EL RECIBO OFICIAL EXPEDIDO POR LA COMPAÑÍA.

LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA PAGAR LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA ES EL PRIMER DÍA DEL PERIODO DE PAGO, SALVO QUE, SE HAYA CONVENIDO UNA FECHA DE VENCIMIENTO DISTINTA, LO QUE SE HARÁ CONSTAR MEDIANTE LA EMISIÓN DEL ENDOSO CORRESPONDIENTE. SE ENTENDERÁ POR PERIODO DE PAGO, EL PLAZO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA,

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, EL CONTRATANTE GOZARÁ DE UN TÉRMINO MÁXIMO DE ENTRE 3 (TRES) Y 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO, PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, DICHO TÉRMINO SE PRECISA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y EN EL RECIBO OFICIAL EXPEDIDO POR LA COMPAÑÍA.

SI EL CONTRATANTE NO LIQUIDA LA PRIMA A MÁS TARDAR EN SU FECHA DE VENCIMIENTO, NI DENTRO DEL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, LOS EFECTOS DEL CONTRATO CESARÁN AUTOMÁTICAMENTE A LAS 12:00 HORAS DEL ÚLTIMO DÍA DE DICHO TÉRMINO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA LA COMPAÑÍA.

EL CONTRATANTE ESTARÁ OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA EN EL DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F., EL CUAL SE SEÑALA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O EN CUALQUIERA DE SUS OFICINAS, CONTRA ENTREGA DEL RECIBO CORRESPONDIENTE, POR LO QUE EN ESTE CASO SE ENTENDERÁ QUE LA PRIMA ESTÁ COBRADA POR LA COMPAÑÍA, SOLAMENTE CUANDO EL CONTRATANTE Y/O ALGUNO DE LOS ASEGURADOS TENGAN EL ORIGINAL DEL RECIBO OFICIAL EXPEDIDO PRECISAMENTE POR LA COMPAÑÍA. SE ENTENDERÁ QUE EL RECIBO ES OFICIAL CUANDO REÚNA LOS REQUISITOS QUE EN EL MISMO SE ESTABLEZCAN PARA QUE SE CONSIDERE PAGADO.

ASIMISMO, EL PAGO DE LAS PRIMAS SE PUEDE HACER CON CARGO A UNA CUENTA DE CRÉDITO (TARJETA DE CRÉDITO), A UNA CUENTA DE DEPÓSITO (DÉBITO O CHEQUES) O DE CUALQUIER OTRA FORMA LEGALMENTE VÁLIDA; EN ESTOS CASOS, EL ESTADO DE CUENTA O EL DOCUMENTO DONDE FORMALMENTE APAREZCA EL CARGO CORRESPONDIENTE DE LAS PRIMAS, HARÁ PRUEBA SUFICIENTE DE DICHO PAGO.

LA COMPAÑÍA PODRÁ RECLAMAR A LOS ASEGURADOS EL PAGO DE LAS PRIMAS CUANDO EL CONTRATANTE QUE OBTUVO LA PÓLIZA RESULTE INSOLVENTE.

4.17. REHABILITACIÓN.

EN CASO DE QUE HAYAN CESADO LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA Y DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES POR NO HABERSE EFECTUADO EL PAGO DE LA PRIMA, EL CONTRATANTE PODRÁ SOLICITAR EN CUALQUIER MOMENTO SU REHABILITACIÓN, PREVIA PRESENTACIÓN A SU COSTA, DE LOS REQUISITOS DE REHABILITACIÓN.

UNA VEZ SATISFECHOS LOS REQUISITOS DE REHABILITACIÓN, PARA EFECTUAR LA MISMA DEBERÁ PAGARSE EL IMPORTE CORRESPONDIENTE DE LA PRIMA O PRIMAS Y OBTENER LA ACEPTACIÓN DE LA COMPAÑÍA MEDIANTE LA EMISIÓN DEL ENDOSO DE REHABILITACIÓN.

ESTA PÓLIZA Y LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, SE CONSIDERARÁN REHABILITADOS UNA VEZ QUE SE HAYAN CUMPLIDO LOS REQUISITOS DE REHABILITACIÓN, SE HAYA PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y LA COMPAÑÍA LE DÉ A CONOCER AL CONTRATANTE LA ACEPTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN MEDIANTE LA EMISIÓN DEL ENDOSO ANTES REFERIDO.

4.18. OTROS SEGUROS.

SI LAS COBERTURAS OTORGADAS EN ESTA PÓLIZA ESTUVIESEN AMPARADAS EN TODO O EN PARTE POR OTROS SEGUROS, EN ESTA U OTRAS COMPAÑÍAS, EN CASO DE RECLAMACIÓN, LAS INDEMNIZACIONES PAGADERAS POR TODAS LAS PÓLIZAS NO EXCEDERÁN A LOS GASTOS REALES INCURRIDOS. CUANDO HAYA SIDO INDEMNIZADA PARTE DE UNA RECLAMACIÓN POR OTRA ASEGURADORA, EL ASEGURADO Y/O LOS RECLAMANTES DEBERÁ(N) PRESENTAR A ESTA COMPAÑÍA FOTOCOPIA DE LOS PAGOS, COMPROBANTES Y FINIQUITOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA(S) OTRA(S) ASEGURADORA(S). ESTA CLÁUSULA NO ES APLICABLE A LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL Y DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE.

4.19. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

SI LA COMPAÑÍA NO CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN ESTE CONTRATO DE SEGURO AL HACERSE EXIGIBLES LEGALMENTE, DEBERÁ PAGAR AL ACREEDOR UNA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, MISMO QUE SE TRANSCRIBE EN EL GLOSARIO DE ARTÍCULOS DE ESTAS CONDICIONES GENERALES.

4.20. TERMINACIÓN DE OBLIGACIONES EN CASO DE QUE NO SE RENUEVE LA PÓLIZA.

LA VIGENCIA DE LA COBERTURA TERMINARÁ RESPECTO A CADA ASEGURADO AUTOMÁTICAMENTE CON EL AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA COBERTURA VIGENTE A LA FECHA DE EFECTUAR EL PRIMER GASTO DEL PADECIMIENTO CORRESPONDIENTE Y CON LA APLICACIÓN DE DICHA CANTIDAD A CADA ACCIDENTE CUBIERTO.

EN CASO DE TERMINACIÓN O CANCELACIÓN DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS QUE SE HAYAN EROGADO POR CADA ACCIDENTE CUBIERTO MIENTRAS EL CONTRATO SE ENCUENTRE EN VIGOR, HASTA EL AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA O TRANSCURRIDOS 5 (CINCO) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA CANCELACIÓN DEL MISMO, LO QUE OCURRA PRIMERO.

4.21. REVELACIÓN DE COMISIONES.

DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL CONTRATANTE PODRÁ SOLICITAR POR ESCRITO A LA INSTITUCIÓN LE INFORME EL PORCENTAJE DE LA PRIMA QUE, POR CONCEPTO DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA, CORRESPONDA AL INTERMEDIARIO O PERSONA MORAL POR SU INTERVENCIÓN EN LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO. LA INSTITUCIÓN 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.

«LE RECORDAMOS QUE EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LA COMPAÑÍA ESTÁ A SU DISPOSICIÓN EN WWW.INBURSA.COM»

GLOSARIO DE ARTÍCULOS.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

ARTÍCULO 8.- EL PROPONENTE ESTARÁ OBLIGADO A DECLARAR POR ESCRITO A LA EMPRESA ASEGURADORA, DE ACUERDO CON EL CUESTIONARIO RELATIVO, TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO QUE PUEDAN INFLUIR EN LAS CONDICIONES CONVENIDAS, TALES COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCER EN EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

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 DECLARAR TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES QUE SEAN O DEBAN SER CONOCIDOS DEL TERCERO ASEGURADO O DE SU INTERMEDIARIO.

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 47.- CUALQUIERA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS A QUE SE REFIEREN LOS ARTÍCULOS 8o, 9o Y 10 DE LA PRESENTE LEY, FACULTARÁ A LA EMPRESA ASEGURADORA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYA INFLUIDO EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

ARTÍCULO 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 LA CONOZCA. SI EL ASEGURADO OMITIERE EL AVISO O SI ÉL PROVOCA UNA LA AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO, CESARÁN DE PLENO DERECHO LAS OBLIGACIONES DE LA EMPRESA EN LO SUCESIVO.

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

ARTÍCULO 36.- LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS AL REALIZAR SU ACTIVIDAD DEBERÁN OBSERVAR LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

I.- OFRECER Y CELEBRAR CONTRATOS EN RELACIÓN A LAS OPERACIONES AUTORIZADAS, EN TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES Y CONFORME A LOS SANOS USOS Y COSTUMBRES EN MATERIA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE LOGRAR UNA ADECUADA SELECCIÓN DE LOS RIESGOS QUE SE ASUMAN;

II.- DETERMINAR SOBRE BASES TÉCNICAS, LAS PRIMAS NETAS DE RIESGO A FIN DE GARANTIZAR CON UN ELEVADO GRADO DE CERTIDUMBRE, EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE AL EFECTO CONTRAIGAN CON LOS ASEGURADOS;

III.- PREVER QUE LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL CORRESPONDIENTE A LAS DIVERSAS OPERACIONES DE SEGURO ASÍ COMO EN LA DETERMINACIÓN DEL IMPORTE DE LAS PRIMAS Y EXTRAPRIMAS, SU DEVOLUCIÓN Y PAGO DE DIVIDENDOS O BONIFICACIONES, EN CASO DE QUE SE CONTRATE ESE BENEFICIO, NO DEN LUGAR A LA DISMINUCIÓN DE LA PRIMA NETA DEL RIESGO, Y

IV.- INDICAR DE MANERA CLARA Y PRECISA, EN LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DE LAS OPERACIONES DE SEGUROS Y LA RELACIONADA CON ÉSTAS, EL ALCANCE, TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES, LIMITANTES, FRANQUICIAS O DEDUCIBLES Y CUALQUIER OTRA MODALIDAD QUE SE ESTABLEZCA EN LAS COBERTURAS O PLANES QUE OFREZCA LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS ASÍ COMO LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS. DE IGUAL MANERA, SE DEBERÁ PROCURAR CLARIDAD Y PRECISIÓN EN LA COMUNICACIÓN INDIVIDUAL O COLECTIVA QUE POR CUALQUIER MEDIO REALICEN LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS CON SUS ASEGURADOS, CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS O CON EL PÚBLICO EN GENERAL.

V. EN EL CASO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE OPERAN EL RAMO DE SALUD, DEBERÁN CONTAR CON UN CONTRALOR MÉDICO NOMBRADO POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y RATIFICADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD DE ACUERDO A LOS CRITERIOS QUE EMITA DICHA SECRETARÍA EN DONDE SE TOMARÁN EN CUENTA, ENTRE OTROS REQUISITOS, LA EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS MÉDICOS, NO TENER PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD HASTA EL SEGUNDO GRADO, O AFINIDAD, CON EL DIRECTOR GENERAL DE LA INSTITUCIÓN, Y NO ENCONTRARSE EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS A QUE SE REFIEREN LOS INCISOS B), C), D), E), F), G) Y H) DEL NUMERAL 3 DE LA FRACCIÓN VII BIS, DEL ARTÍCULO 29 DE ESTA LEY.

EL CONTRALOR MÉDICO DEBERÁ, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES, SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN, EL FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN A FIN DE QUE SU COBERTURA SEA APROPIADA, EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS APLICABLES DERIVADAS DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y EL SEGUIMIENTO A LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN CONTRA DE LA INSTITUCIÓN, EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLEZCA LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, MEDIANTE DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL, OYENDO LA OPINIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

EL CONTRALOR MÉDICO DEBERÁ INFORMAR CUATRIMESTRALMENTE DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS Y A LA SECRETARÍA DE SALUD, Y

VI. EN EL CASO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE OPEREN EL RAMO DE SALUD, DEBERÁN:

A) MANTENER LOS SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS OFRECIDOS, DE TAL MANERA QUE LA INFRAESTRUCTURA SEA SUFICIENTE PARA SATISFACER DIRECTA O INDIRECTAMENTE LOS CONTRATOS SUSCRITOS.

B) INFORMAR A LOS ASEGURADOS POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS HÁBILES SIGUIENTES DE LOS CAMBIOS EN LA RED DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.

C) OFRECER PLANES DONDE EL BENEFICIARIO PUEDA ELEGIR MÉDICOS DISTINTOS A LA RED DE LA INSTITUCIÓN, MEDIANTE EL PAGO DE LA CANTIDAD DIFERENCIAL QUE RESULTE ENTRE EL TABULADOR RESPECTIVO DE LA INSTITUCIÓN Y EL COSTO DE SERVICIO QUE LE PRESTE EL MÉDICO, CONFORME A LO PACTADO.

ARTÍCULO 36-A.- PARA LOS EFECTOS DE LO DISPUESTO EN LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 36 DE ESTA LEY, LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS DEBERÁN SUSTENTAR CADA UNA DE SUS COBERTURAS, PLANES Y LAS PRIMAS NETAS DE RIESGO QUE CORRESPONDAN, EN UNA NOTA TÉCNICA EN LA QUE SE EXPRESE DE ACUERDO A LA OPERACIÓN O RAMO DE QUE SE TRATE, LO SIGUIENTE:

A) LAS TARIFAS DE PRIMAS Y EXTRAPRIMAS;

B) LA JUSTIFICACIÓN TÉCNICA DE LA SUFICIENCIA DE LA PRIMA Y, EN SU CASO, DE LAS EXTRAPRIMAS;

C) LAS BASES PARA EL CÁLCULO DE RESERVAS;

D) LOS DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O CUALQUIER OTRO TIPO DE MODALIDAD QUE, EN SU CASO, SE ESTABLEZCAN;

E) EL PORCENTAJE DE UTILIDAD A REPARTIR ENTRE LOS ASEGURADOS, EN SU CASO;

F) LOS DIVIDENDOS Y BONIFICACIONES QUE CORRESPONDAN A CADA ASEGURADO, EN LOS CASOS QUE PROCEDAN;

G) LOS PROCEDIMIENTOS PARA CALCULAR LAS TABLAS DE VALORES GARANTIZADOS, EN LOS CASOS EN QUE PROCEDAN;

H) LOS RECARGOS POR COSTOS DE ADQUISICIÓN Y ADMINISTRACIÓN QUE SE PRETENDAN COBRAR; E

I) CUALQUIER OTRO ELEMENTO TÉCNICO QUE SEA NECESARIO PARA LA ADECUADA INSTRUMENTACIÓN DE LA OPERACIÓN DE QUE SE TRATE.

LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS SÓLO PODRÁN OFRECER AL PÚBLICO LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS OPERACIONES QUE ESTA LEY LES AUTORIZA, PREVIO EL REGISTRO DE LAS NOTAS TÉCNICAS QUE AL EFECTO LLEVE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 36-D DE ESTA LEY.

LAS INSTITUCIONES QUE REALICEN OPERACIONES SIN FUNDAMENTO EN LA NOTA TÉCNICA A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO, OMITAN SU REGISTRO O DESARROLLEN LAS OPERACIONES EN TÉRMINOS DISTINTOS A LOS QUE SE CONSIDEREN EN LA MISMA, SERÁN SANCIONADAS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA LEY.

CUANDO UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS OTORGUE UNA COBERTURA, EN CONTRAVENCIÓN A ESTE ARTÍCULO, QUE DÉ LUGAR AL COBRO DE UNA PRIMA O EXTRAPRIMA INFERIOR A LA QUE DEBERÍA CUBRIRSE PARA RIESGOS DE LA MISMA CLASE, QUE LA INSTITUCIÓN OPERE, LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS LE CONCEDERÁ UN PLAZO DE DIEZ DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN PARA QUE EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVenga. SI DICHA COMISIÓN DETERMINA QUE HA QUEDADO COMPROBADA LA FALTA, LE ORDENARÁ A LA EMPRESA QUE DENTRO DEL TÉRMINO QUE SEÑALE, NO MAYOR DE TREINTA DÍAS

NATURALES, CORRIJA EL DOCUMENTO DE QUE SE TRATE MANTENIENDO LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA HASTA SU TERMINACIÓN A SU COSTA NO PUDIENDO, EN SU CASO, RENOVARSE LA PÓLIZA EN LAS MISMAS CONDICIONES.

EN LAS COBERTURAS DE VIDA O DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES EN QUE UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS COBRE UNA PRIMA O EXTRAPRIMA SUPERIOR A LA QUE DEBERÍA CUBRIRSE PARA LOS RIESGOS DE LA MISMA CLASE QUE LA PROPIA INSTITUCIÓN OPERE, LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, AJUSTÁNDOSE AL PROCEDIMIENTO CITADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SI DETERMINA QUE HA QUEDADO COMPROBADA LA FALTA, LO COMUNICARÁ AL CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO O A SUS CAUSAHABIENTES PARA QUE EN UN PLAZO DE DIEZ DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN, DETERMINE SI SE LE DEVUELVE EL EXCESO COBRADO Y SU RENDIMIENTO O SE AUMENTA LA SUMA ASEGURADA. EN CASO DE QUE NO RESUELVA NADA EN EL REFERIDO PLAZO, LA COMISIÓN ORDENARÁ A LA INSTITUCIÓN LA DEVOLUCIÓN DEL EXCESO COBRADO Y SU RENDIMIENTO. TRATÁNDOSE DE COBERTURAS DE DAÑOS, LA COMISIÓN DARÁ VISTA AL INTERESADO PREVIAMENTE Y ORDENARÁ A LA INSTITUCIÓN QUE DEVUELVA EL EXCESO COBRADO Y SU RENDIMIENTO.

ARTÍCULO 36-B.- LOS CONTRATOS DE SEGUROS EN QUE SE FORMALICEN LAS OPERACIONES DE SEGUROS QUE SE OFREZCAN AL PÚBLICO EN GENERAL COMO CONTRATOS DE ADHESIÓN, ENTENDIDOS COMO TALES AQUELLOS ELABORADOS UNILATERALMENTE EN FORMATOS, POR UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS Y EN LOS QUE SE ESTABLEZCAN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES APLICABLES A LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO ASÍ COMO LOS MODELOS DE CLÁUSULAS ELABORADOS PARA SER INCORPORADOS MEDIANTE ENDOSOS ADICIONALES A ESOS CONTRATOS, DEBERÁN SER REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 36-D DE ESTA LEY.

LOS REFERIDOS CONTRATOS DE ADHESIÓN DEBERÁN SER ESCRITOS EN IDIOMA ESPAÑOL Y CON CARACTERES LEGIBLES A SIMPLE VISTA PARA UNA PERSONA DE VISIÓN NORMAL.

LA CITADA COMISIÓN REGISTRARÁ LOS CONTRATOS SEÑALADOS Y, EN SU CASO, LOS MODELOS DE CLÁUSULAS ADICIONALES INDEPENDIENTES QUE CUMPLAN LOS MISMOS REQUISITOS, PREVIO DICTAMEN DE QUE LOS MISMOS NO CONTIENEN ESTIPULACIONES QUE SE OPONGAN A LO DISPUESTO POR LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE LES SEAN APLICABLES Y QUE NO ESTABLECEN OBLIGACIONES O CONDICIONES INEQUITATIVAS O LESIVAS PARA CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS DE LOS SEGUROS Y OTRAS OPERACIONES A QUE SE REFIERAN.

EL CONTRATO O CLÁUSULA INCORPORADA AL MISMO, CELEBRADO POR UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS SIN CONTAR CON EL REGISTRO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS A QUE SE REFIEREN EL PRESENTE ARTÍCULO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 36-D DE ESTA LEY, ES ANULABLE, PERO LA ACCIÓN SÓLO PODRÁ SER EJERCIDA POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO O POR SUS CAUSAHABIENTES, CONTRA LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS Y NUNCA POR ÉSTA CONTRA AQUELLOS.

ARTÍCULO 36-C.- LOS CONTRATOS DE SEGURO EN GENERAL DEBERÁN CONTENER LAS INDICACIONES QUE ADMINISTRATIVAMENTE FIJE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS EN PROTECCIÓN DE LOS INTERESES DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS. CON EL MISMO FIN, LA CITADA COMISIÓN PODRÁ ESTABLECER CLÁUSULAS TIPO DE USO OBLIGATORIO PARA LAS DIVERSAS ESPECIES DE CONTRATOS DE SEGURO.

ARTÍCULO 36-D.- LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS SÓLO PODRÁN OFRECER AL PÚBLICO LAS OPERACIONES Y SERVICIOS QUE ESTA LEY LES AUTORIZA, PREVIO REGISTRO ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS DE SUS PRODUCTOS. LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL REFERIDO REGISTRO SERÁN ESTABLECIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS MEDIANTE DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL, LAS CUALES OBSERVARÁN LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS GENERALES:

I.- TRATÁNDOSE DE PRODUCTOS DE SEGUROS QUE SE OFREZCAN AL PÚBLICO COMO CONTRATOS DE ADHESIÓN:

A) LAS INSTITUCIONES DEBERÁN PRESENTAR ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE MANERA CONJUNTA, LA NOTA TÉCNICA A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 36-A, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 36-B DE ESTA LEY, CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS PRODUCTOS;

B) LA NOTA TÉCNICA DEL PRODUCTO DEBERÁ SER ELABORADA EN TÉRMINOS DE LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 36 Y 36-A DE ESTA LEY Y CON APEGO A LOS ESTÁNDARES DE PRÁCTICA ACTUARIAL QUE AL EFECTO SEÑALE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, MEDIANTE LAS DISPOSICIONES GENERALES A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO. LAS NOTAS TÉCNICAS DEBERÁN SER ELABORADAS Y FIRMADAS POR UN ACTUARIO CON CÉDULA PROFESIONAL QUE ADEMÁS CUENTE CON LA CERTIFICACIÓN VIGENTE EMITIDA PARA ESTE PROPÓSITO POR EL COLEGIO PROFESIONAL DE LA ESPECIALIDAD O ACREDITE ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS QUE TIENE LOS CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA ESTE EFECTO;

C) LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEL PRODUCTO DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE UN DICTAMEN JURÍDICO QUE CERTIFIQUE SU APEGO A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 36 Y 36-B DE ESTA LEY Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES. LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, EN LAS DISPOSICIONES GENERALES A QUE SE REFIERE EL PRESENTE ARTÍCULO, ESTABLECERÁ LOS REQUISITOS QUE DEBERÁN CUMPLIR QUIENES SUSCRIBAN DICHO DICTAMEN, Y

D) LA SOLICITUD DE REGISTRO DEL PRODUCTO DE QUE SE TRATE, DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE UN ANÁLISIS DE CONGRUENCIA ENTRE LA NOTA TÉCNICA Y LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL, EL CUAL DEBERÁ SER SUSCRITO TANTO POR EL ACTUARIO ENCARGADO DE LA ELABORACIÓN DE LA NOTA TÉCNICA, COMO POR UN ABOGADO DE LA INSTITUCIÓN;

II.- TRATÁNDOSE DE PRODUCTOS DE SEGUROS DISTINTOS A LOS SEÑALADOS EN LA FRACCIÓN ANTERIOR:

A) LAS INSTITUCIONES DEBERÁN PRESENTAR ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE MANERA CONJUNTA, LA NOTA TÉCNICA A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 36-A, ASÍ COMO EL PROYECTO DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO. EN EL CASO DE QUE AL CELEBRARSE EL CONTRATO SE MODIFIQUE DICHO PROYECTO, LA

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEFINITIVA DEBERÁ SER REMITIDA A LA COMISIÓN DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU CELEBRACIÓN, INICIANDO CON ELLO NUEVAMENTE EL PLAZO PREVISTO EN ESTE ARTÍCULO PARA QUE LA COMISIÓN PUEDA EJERCER LA FACULTAD DE SUSPENDER EL REGISTRO DEL PRODUCTO PARA SUBSECUENTES CONTRATACIONES;

B) LA NOTA TÉCNICA DEL PRODUCTO DEBERÁ SER ELABORADA EN TÉRMINOS PREVISTOS EN EL INCISO B) DE LA FRACCIÓN I DEL PRESENTE ARTÍCULO, Y

C) LA SOLICITUD DE REGISTRO DEL PRODUCTO DE QUE SE TRATE, DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE UN ANÁLISIS DE CONGRUENCIA ENTRE LA NOTA TÉCNICA Y EL PROYECTO DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL, EL CUAL DEBERÁ SER SUSCRITO TANTO POR EL ACTUARIO ENCARGADO DE LA ELABORACIÓN DE LA NOTA TÉCNICA, COMO POR UN ABOGADO DE LA INSTITUCIÓN.

LOS PRODUCTOS QUEDARÁN INSCRITOS EN EL REGISTRO A PARTIR DEL DÍA EN QUE SE PRESENTEN A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE ARTÍCULO, Y LA INSTITUCIÓN DE INMEDIATO PODRÁ OFRECER AL PÚBLICO LOS SERVICIOS PREVISTOS EN EL MISMO.

EL REGISTRO DEL PRODUCTO NO PREJUZGA EN NINGÚN MOMENTO SOBRE LA VERACIDAD DE LOS SUPUESTOS EN QUE SE BASE LA NOTA TÉCNICA NI LA VIABILIDAD DE SUS RESULTADOS;

SI LA NOTA TÉCNICA O LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DE LOS PRODUCTOS DE SEGUROS REGISTRADOS NO SE APEGA A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 36, 36-A Y 36-B DE ESTA LEY, ASÍ COMO A LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL A LAS QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO, LA COMISIÓN EN UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE 30 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE AQUÉL EN QUE LE FUE PRESENTADA, SUSPENDERÁ EL REGISTRO DEL PRODUCTO. EN ESTE CASO, LA INSTITUCIÓN DEJARÁ DE OFRECER Y CONTRATAR LA OPERACIÓN CORRESPONDIENTE HASTA EN TANTO INTEGRO LA NOTA TÉCNICA O LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL CONFORME A LO DISPUESTO EN ESTE ARTÍCULO. SI LA INSTITUCIÓN NO PRESENTA TODOS LOS ELEMENTOS DENTRO DE UN TÉRMINO DE 60 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE AQUÉL EN QUE SE LE HAYA COMUNICADO LA SUSPENSIÓN DEL REGISTRO, EL MISMO QUEDARÁ REVOCADO.

LAS OPERACIONES QUE LA INSTITUCIÓN HAYA REALIZADO DESDE LA FECHA DE REGISTRO HASTA LA DE SUSPENSIÓN DEL MISMO, O DESPUÉS DE ÉSTE, DEBERÁN AJUSTARSE A COSTA DE LA INSTITUCIÓN, A LOS TÉRMINOS CORRESPONDIENTES DE LA NOTA TÉCNICA O DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL CUYO REGISTRO SE HAYA RESTABLECIDO Y SI LA INSTITUCIÓN NO LA PRESENTA Y OPERA LA REVOCACIÓN DEL REGISTRO, LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS ORDENARÁ LAS CORRECCIONES QUE CONFORME A LO DISPUESTO EN LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 36 DE ESTA LEY PROCEDAN, ELLO CON INDEPENDENCIA DE LAS SANCIONES QUE CONFORME A LA PRESENTE LEY CORRESPONDAN.

CUANDO LAS OPERACIONES QUE REALICEN LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS, OBTENGAN RESULTADOS QUE NO SE APEGUEN RAZONABLEMENTE A LO PREVISTO EN LA NOTA TÉCNICA CORRESPONDIENTE Y, POR ELLO, SE AFECTEN LOS INTERESES DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS ASÍ COMO LA SOLVENCIA Y LIQUIDEZ DE ESAS INSTITUCIONES, LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS PODRÁ REVOCAR EL REGISTRO DE LA NOTA TÉCNICA Y, POR ENDE, DEL PRODUCTO DE QUE SE TRATE.

EN ESTE CASO, LA INSTITUCIÓN DEBERÁ ADECUAR LA NOTA TÉCNICA A LAS CONDICIONES QUE SE HAYAN PRESENTADO EN EL MANEJO Y COMPORTAMIENTO DEL RIESGO CUBIERTO Y SOMETERLA NUEVAMENTE A REGISTRO. SI A JUICIO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS NO HUBIEREN SIDO SUBSANADAS LAS DEFICIENCIAS DE LA NOTA TÉCNICA, ORDENARÁ LAS MODIFICACIONES O CORRECCIONES QUE PROCEDAN, PROHIBIENDO ENTRE TANTO SU UTILIZACIÓN.

LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS EN LAS DISPOSICIONES GENERALES PREVISTAS EN ESTE ARTÍCULO, DETERMINARÁ LOS PRODUCTOS A QUE SE REFIERE FRACCIÓN II DE ESTE MISMO ARTÍCULO, QUE POR SU REDUCIDO IMPACTO POTENCIAL EN LA SOLVENCIA DE LA INSTITUCIÓN, PUEDAN OFRECERSE AL PÚBLICO SIN OBTENER SU REGISTRO.

EL REGISTRO PREVISTO EN ESTA FRACCIÓN NO SERÁ APLICABLE A LOS PRODUCTOS QUE POR SU NATURALEZA TÉCNICA O CARACTERÍSTICAS ESPECIALES, IMPLIQUEN QUE LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS ADOpte LAS TARIFAS Y CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DE LOS REASEGURADORES.

LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, EN LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL A QUE SE REFIERE EL PRESENTE ARTÍCULO, ESTABLECERÁ EL PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA EL REGISTRO DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS PRODUCTOS DE SEGUROS QUE OFREZCAN LAS INSTITUCIONES.

ARTÍCULO 135 BIS.- SI LA EMPRESA DE SEGUROS NO CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO AL HACERSE EXIGIBLES LEGALMENTE, DEBERÁ PAGAR AL ACREEDOR UNA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

I.- LAS OBLIGACIONES EN MONEDA NACIONAL SE DENOMINARÁN EN UNIDADES DE INVERSIÓN, AL VALOR DE ÉSTAS EN LA FECHA DE SU EXIGIBILIDAD LEGAL Y SU PAGO SE HARÁ EN MONEDA NACIONAL AL VALOR QUE LAS UNIDADES DE INVERSIÓN TENGAN A LA FECHA EN QUE SE EFECTÚE EL MISMO. ADEMÁS, LA EMPRESA DE SEGUROS PAGARÁ UN INTERÉS MORATORIO SOBRE LA OBLIGACIÓN DENOMINADA EN UNIDADES DE INVERSIÓN CONFORME A LO DISPUESTO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, CUYA TASA SERÁ IGUAL AL RESULTADO DE MULTIPLICAR POR 1.25 EL COSTO DE CAPTACIÓN A PLAZO DE PASIVOS DENOMINADOS EN UNIDADES DE INVERSIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE BANCA MÚLTIPLE DEL PAÍS, PUBLICADO POR EL BANCO DE MÉXICO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CORRESPONDIENTE A CADA UNO DE LOS MESES EN QUE EXISTA MORA;

II.- CUANDO LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL SE DENOMINE EN MONEDA EXTRANJERA, ADICIONALMENTE AL PAGO DE ESA OBLIGACIÓN, LA EMPRESA DE SEGUROS ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR UN INTERÉS MORATORIO QUE SE CALCULARÁ APLICANDO AL MONTO DE LA PROPIA OBLIGACIÓN, EL PORCENTAJE QUE RESULTE DE MULTIPLICAR POR 1.25 EL COSTO DE CAPTACIÓN A PLAZO DE PASIVOS

DENOMINADOS EN DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, DE LAS INSTITUCIONES DE BANCA MÚLTIPLE DEL PAÍS, PUBLICADO POR EL BANCO DE MÉXICO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CORRESPONDIENTE A CADA UNO DE LOS MESES EN QUE EXISTA MORA;

III.- EN CASO DE QUE NO SE PUBLIQUEN LAS TASAS DE REFERENCIA PARA EL CÁLCULO DEL INTERÉS MORATORIO A QUE ALUDEN LAS FRACCIONES I Y II DE ESTE ARTÍCULO, EL MISMO SE COMPUTARÁ MULTIPLICANDO POR 1.25 LA TASA QUE LAS SUSTITUYA, CONFORME A LAS DISPOSICIONES APLICABLES;

IV.- EN TODOS LOS CASOS, LOS INTERESES MORATORIOS SE GENERARÁN POR DÍA, DESDE AQUÉL EN QUE SE HAGA EXIGIBLE LEGALMENTE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL Y HASTA EL DÍA INMEDIATO ANTERIOR A AQUÉL EN QUE SE EFECTÚE EL PAGO. PARA SU CÁLCULO, LAS TASAS DE REFERENCIA DEBERÁN DIVIDIRSE ENTRE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO Y MULTIPLICAR EL RESULTADO POR EL NÚMERO DE DÍAS CORRESPONDIENTES A LOS MESES EN QUE PERSISTA EL INCUMPLIMIENTO;

V.- EN CASO DE REPARACIÓN O REPOSICIÓN DEL OBJETO SINIESTRADO, LA INDEMNIZACIÓN POR MORA CONSISTIRÁ EN EL PAGO DEL INTERÉS CORRESPONDIENTE A LA MONEDA EN QUE SE HAYA DENOMINADO LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL CONFORME A LAS FRACCIONES I Y II DE ESTE ARTÍCULO Y SE CALCULARÁ SOBRE EL IMPORTE DEL COSTO DE LA REPARACIÓN O REPOSICIÓN;

VI.- SON IRRENUNCIABLES LOS DERECHOS DEL ACREEDOR A LAS PRESTACIONES INDEMNIZATORIAS ESTABLECIDAS EN ESTE ARTÍCULO. EL PACTO QUE PRETENDA EXTINGUIRLOS O REDUCIRLOS NO SURTIRÁ EFECTO LEGAL ALGUNO. ESTOS DERECHOS SURGIRÁN POR EL SOLO TRANSCURSO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA LEY PARA LA EXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL, AUNQUE ÉSTA NO SEA LÍQUIDA EN ESE MOMENTO. UNA VEZ FIJADO EL MONTO DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL CONFORME A LO PACTADO POR LAS PARTES O EN LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA DICTADA EN JUICIO ANTE EL JUEZ O ÁRBITRO, LAS PRESTACIONES INDEMNIZATORIAS ESTABLECIDAS EN ESTE ARTÍCULO DEBERÁN SER CUBIERTAS POR LA EMPRESA DE SEGUROS SOBRE EL MONTO DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL ASÍ DETERMINADO;

VII.- SI EN EL JUICIO RESPECTIVO RESULTA PROCEDENTE LA RECLAMACIÓN, AUN CUANDO NO SE HUBIERE DEMANDADO EL PAGO DE LAS PRESTACIONES INDEMNIZATORIAS ESTABLECIDAS EN ESTE ARTÍCULO, EL JUEZ O ÁRBITRO ADEMÁS DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL, DEBERÁ CONDENAR AL DEUDOR A QUE TAMBIÉN CUBRA ESAS PRESTACIONES CONFORME A LAS FRACCIONES PRECEDENTES, Y

VIII.- SI LA EMPRESA DE SEGUROS, DENTRO DE LOS PLAZOS Y TÉRMINOS LEGALES, NO CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO, LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS LE IMPONDRÁ UNA MULTA DE MIL A DIEZ MIL DÍAS DE SALARIO, Y EN CASO DE REINCIDENCIA SE LE REVOCARÁ LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE.

ARTÍCULO 136.- EN MATERIA JURISDICCIONAL, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA EJECUTORIADA QUE SE DICTE EN EL PROCEDIMIENTO, EL JUEZ DE LOS AUTOS REQUERIRÁ A LA EMPRESA DE SEGUROS, SI HUBIERE SIDO CONDENADA, PARA QUE COMPROBE DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES, HABER PAGADO LAS PRESTACIONES A QUE HUBIERE SIDO CONDENADA Y EN CASO DE OMITIR LA COMPROBACIÓN, EL JUEZ LO COMUNICARÁ A LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS A EFECTO DE QUE ORDENE EL REMATE DE VALORES INVERTIDOS PROPIEDAD DE LA EMPRESA DE SEGUROS, PARA PAGAR A LA PERSONA EN CUYO FAVOR SE HUBIERE DICTADO LA SENTENCIA. DICHA COMISIÓN DEBERÁ CUMPLIR CON LA SOLICITUD QUE AL EFECTO LE HAGA EL TRIBUNAL DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA RECIBA.

LA COMPETENCIA POR TERRITORIO PARA DEMANDAR EN MATERIA DE SEGUROS SERÁ DETERMINADA, A ELECCIÓN DEL RECLAMANTE, EN RAZÓN DEL DOMICILIO DE CUALQUIERA DE LAS DELEGACIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS. ASIMISMO SERÁ COMPETENTE EL JUEZ DEL DOMICILIO DE DICHA DELEGACIÓN; CUALQUIER PACTO QUE SE ESTIPULE CONTRARIO A LO DISPUESTO EN ESTE PÁRRAFO, SERÁ NULO.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

ARTÍCULO 50 BIS.- CADA INSTITUCIÓN FINANCIERA DEBERÁ CONTAR CON UNA UNIDAD ESPECIALIZADA QUE TENDRÁ POR OBJETO ATENDER CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS. DICHA UNIDAD SE SUJETARÁ A LO SIGUIENTE:

I. EL TITULAR DE LA UNIDAD DEBERÁ TENER FACULTADES PARA REPRESENTAR Y OBLIGAR A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA AL CUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN QUE SE DÉ A LA RECLAMACIÓN;

II. CONTARÁ CON PERSONAL EN CADA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA TENGA SUCURSALES U OFICINAS;

III. LOS GASTOS DERIVADOS DE SU FUNCIONAMIENTO, OPERACIÓN Y ORGANIZACIÓN CORRERÁN A CARGO DE LAS INSTITUCIONES FINANCIERAS;

IV. DEBERÁ RESPONDER POR ESCRITO AL USUARIO DENTRO DE UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE TREINTA DÍAS HÁBILES, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LAS CONSULTAS O RECLAMACIONES, Y

V. EL TITULAR DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME TRIMESTRAL A LA COMISIÓN NACIONAL DIFERENCIADO POR PRODUCTO O SERVICIO, IDENTIFICANDO LAS OPERACIONES O ÁREAS QUE REGISTREN EL MAYOR NÚMERO DE CONSULTAS O RECLAMACIONES, CON EL ALCANCE QUE LA COMISIÓN NACIONAL ESTIME PROCEDENTE. DICHO INFORME DEBERÁ REALIZARSE EN EL FORMATO QUE AL EFECTO AUTORICE, O EN SU CASO PROPONGA LA PROPIA COMISIÓN NACIONAL.

LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA SUSPENDERÁ LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES A QUE PUDIEREN DAR LUGAR.

LAS INSTITUCIONES FINANCIERAS DEBERÁN INFORMAR MEDIANTE AVISOS COLOCADOS EN LUGARES VISIBLES EN TODAS SUS SUCURSALES LA UBICACIÓN, HORARIO DE ATENCIÓN Y RESPONSABLE O RESPONSABLES DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA. LOS USUARIOS PODRÁN A SU ELECCIÓN PRESENTAR SU CONSULTA O RECLAMACIÓN ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA DE QUE SE TRATE O ANTE LA COMISIÓN NACIONAL.

ARTÍCULO 68.- LA COMISIÓN NACIONAL, DEBERÁ AGOTAR EL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN, CONFORME A LAS SIGUIENTES REGLAS:

I. EL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN SÓLO SE LLEVARÁ A CABO EN RECLAMACIONES POR CUANTÍAS TOTALES INFERIORES A TRES MILLONES DE UNIDADES DE INVERSIÓN, SALVO TRATÁNDOSE DE RECLAMACIONES EN CONTRA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS EN CUYO CASO LA CUANTÍA DEBERÁ DE SER INFERIOR A SEIS MILLONES DE UNIDADES DE INVERSIÓN.

I BIS. LA COMISIÓN NACIONAL CITARÁ A LAS PARTES A UNA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN QUE SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS VEINTE DÍAS HÁBILES SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE RECIBA LA RECLAMACIÓN. LA CONCILIACIÓN PODRÁ CELEBRARSE VÍA TELEFÓNICA O POR OTRO MEDIO IDÓNEO, EN CUYO CASO LA COMISIÓN NACIONAL O LAS PARTES PODRÁN SOLICITAR QUE SE CONFIRMEN POR ESCRITO LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS.

II. LA INSTITUCIÓN FINANCIERA DEBERÁ, POR CONDUCTO DE UN REPRESENTANTE, RENDIR UN INFORME POR ESCRITO QUE SE PRESENTARÁ CON ANTERIORIDAD O HASTA EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DE LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN A QUE SE REFIERE LA FRACCIÓN ANTERIOR;

III. EN EL INFORME SEÑALADA EN LA FRACCIÓN ANTERIOR, LA INSTITUCIÓN FINANCIERA, DEBERÁ RESPONDER DE MANERA RAZONADA A TODOS Y CADA UNO DE LOS HECHOS A QUE SE REFIERE LA RECLAMACIÓN, EN CASO CONTRARIO, DICHO INFORME SE TENDRÁ POR NO PRESENTADO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR; LA INSTITUCIÓN FINANCIERA DEBERÁ ACOMPAÑAR AL INFORME, LA DOCUMENTACIÓN, INFORMACIÓN Y TODOS LOS ELEMENTOS QUE CONSIDERE PERTINENTES PARA SUSTENTARLO, NO OBSTANTE, LA COMISIÓN NACIONAL PODRÁ EN TODO MOMENTO, REQUERIR A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA LA ENTREGA DE CUALQUIER INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN O MEDIOS ELECTROMAGNÉTICOS QUE REQUIERA CON MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN Y DEL INFORME;

IV. LA COMISIÓN NACIONAL PODRÁ SUSPENDER CUANDO LO ESTIME PERTINENTE O A INSTANCIA DE CUALQUIERA DE LAS PARTES, LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN HASTA EN DOS OCASIONES. EN CASO DE QUE SE SUSPENDA LA AUDIENCIA, LA COMISIÓN NACIONAL SEÑALARÁ DÍA Y HORA PARA SU REANUDACIÓN, LA CUAL DEBERÁ LLEVARSE A CABO DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS HÁBILES SIGUIENTES. LA FALTA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME, NO PODRÁ SER CAUSA PARA SUSPENDER O DIFERIR LA AUDIENCIA REFERIDA.

V. LA FALTA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME DARÁ LUGAR A QUE LA COMISIÓN NACIONAL VALORE LA PROCEDENCIA DE LAS PRETENSIONES DEL USUARIO CON BASE EN LOS ELEMENTOS CON QUE CUENTE O SE ALLEGUE CONFORME A LA FRACCIÓN VI, Y PARA LOS EFECTOS DE LA EMISIÓN DEL DICTAMEN, EN SU CASO, A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 68 BIS.;

VI. LA COMISIÓN NACIONAL CUANDO ASÍ LO CONSIDERE O A PETICIÓN DEL USUARIO, EN LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN CORRESPONDIENTE O DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA CELEBRACIÓN DE LA MISMA, PODRÁ REQUERIR INFORMACIÓN ADICIONAL A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA, Y EN SU CASO, DIFERIRÁ LA AUDIENCIA REQUIRIENDO A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA PARA QUE EN LA NUEVA FECHA PRESENTE EL INFORME ADICIONAL; ASIMISMO, PODRÁ ACORDAR LA PRÁCTICA DE DILIGENCIAS QUE PERMITAN ACREDITAR LOS HECHOS CONSTITUTIVOS DE LA RECLAMACIÓN.

VII. EN LA AUDIENCIA RESPECTIVA SE EXHORTARÁ A LAS PARTES A CONCILIAR SUS INTERESES, PARA TAL EFECTO, EL CONCILIADOR FORMULARÁ PROPUESTAS DE SOLUCIÓN Y PROCURARÁ QUE LA AUDIENCIA SE DESARROLLE EN FORMA ORDENADA Y CONGRUENTE. SI LAS PARTES NO LLEGAN A UNA CONCILIACIÓN, LA COMISIÓN NACIONAL LAS INVITARÁ A QUE, DE COMÚN ACUERDO, DESIGNEN COMO ÁRBITRO PARA RESOLVER SU CONTROVERSIA A LA PROPIA COMISIÓN NACIONAL O A ALGUNO O ALGUNOS DE LOS ÁRBITROS QUE ÉSTA LES PROPONGA, QUEDANDO A ELECCIÓN DE LAS MISMAS QUE EL JUICIO ARBITRAL SEA EN AMIGABLE COMPOSICIÓN O DE ESTRICTO DERECHO. EL COMPROMISO CORRESPONDIENTE SE HARÁ CONSTAR EN EL ACTA QUE AL EFECTO SE FIRME ANTE LA COMISIÓN NACIONAL. EN CASO DE NO SOMETERSE AL ARBITRAJE SE DEJARÁN A SALVO SUS DERECHOS PARA QUE LOS HAGAN VALER ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES O EN LA VÍA QUE PROCEDA. EN EL EVENTO DE QUE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA NO ASISTA A LA JUNTA DE CONCILIACIÓN SE LE IMPONDRÁ SANCIÓN PECUNIARIA Y SE EMPLAZARÁ A UNA SEGUNDA AUDIENCIA, LA CUAL DEBERÁ LLEVARSE A CABO EN UN PLAZO NO MAYOR A DIEZ DÍAS HÁBILES; EN CASO DE NO ASISTIR A ÉSTA SE LE IMPONDRÁ UNA NUEVA SANCIÓN PECUNIARIA. LA COMISIÓN NACIONAL ENTREGARÁ AL RECLAMANTE, CONTRA PAGO DE SU COSTO, COPIA CERTIFICADA DEL DICTAMEN A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 68 BIS, A EFECTO DE QUE LO PUEDA HACER VALER ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES; LA SOLICITUD SE HARÁ DEL CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA PARA QUE ÉSTA MANIFIESTE LO QUE A SU DERECHO CONVENGA Y APORTE LOS ELEMENTOS Y PRUEBAS QUE ESTIME CONVENIENTES EN UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE DIEZ DÍAS HÁBILES. SI LA INSTITUCIÓN FINANCIERA NO HACE MANIFESTACIÓN ALGUNA DENTRO DE DICHO PLAZO, LA COMISIÓN EMITIRÁ EL DICTAMEN CON LOS ELEMENTOS QUE POSEA.

VIII. EN CASO DE QUE LAS PARTES LLEGUEN A UN ACUERDO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN, EL MISMO SE HARÁ CONSTAR EN EL ACTA CIRCUNSTANCIADA QUE AL EFECTO SE LEVANTE. EN TODO MOMENTO, LA COMISIÓN NACIONAL DEBERÁ EXPLICAR AL USUARIO LOS EFECTOS Y ALCANCES DE DICHO ACUERDO; SI DESPUÉS DE ESCUCHAR EXPLICACIÓN EL USUARIO DECIDE ACEPTAR EL ACUERDO, ÉSTE SE FIRMARÁ POR AMBAS PARTES Y POR LA COMISIÓN NACIONAL, FIJÁNDOSE UN TÉRMINO PARA ACREDITAR SU CUMPLIMIENTO. EL CONVENIO FIRMADO POR LAS PARTES TIENE FUERZA DE COSA JUZGADA Y TRAE APAREJADA EJECUCIÓN;

IX. LA CARGA DE LA PRUEBA RESPECTO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO CORRESPONDE A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA Y, EN CASO DE OMISIÓN, SE HARÁ ACREEDORA DE LA SANCIÓN QUE PROCEDA CONFORME A LA PRESENTE LEY, Y

X. CONCLUIDAS LAS AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y EN CASO DE QUE LAS PARTES NO LLEGUEN A UN ACUERDO, LA COMISIÓN NACIONAL LEVANTARÁ EL ACTA RESPECTIVA. EN EL CASO DE QUE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA NO FIRME EL ACTA, ELLO NO AFECTARÁ SU VALIDEZ, DEBIÉNDOSE HACER CONSTANCIA DE LA NEGATIVA. EN EL CASO DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, ORDENARÁ LA CONSTITUCIÓN E INVERSIÓN CONFORME A LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS DE UNA RESERVA TÉCNICA ESPECÍFICA PARA OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR, CUYO MONTO NO DEBERÁ EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA Y DARÁ AVISO DE ELLO, EN SU CASO, A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS. DICHA RESERVA SE REGISTRARÁ EN UNA PARTIDA CONTABLE DETERMINADA. ESE REGISTRO CONTABLE PODRÁ SER CANCELADO POR LA INSTITUCIÓN O SOCIEDAD, BAJO SU ESTRICTA RESPONSABILIDAD, SI TRANSCURRIDOS CIENTO OCHENTA DÍAS NATURALES DESPUÉS DE SU ANOTACIÓN, EL RECLAMANTE NO HA HECHO VALER SUS DERECHOS ANTE LA AUTORIDAD JUDICIAL COMPETENTE O NO HA DADO INICIO AL PROCEDIMIENTO ARBITRAL CONFORME A ESTA LEY. SI DE LAS CONSTANCIAS QUE OBREN EN EL EXPEDIENTE RESPECTIVO SE DESPRENDE, A JUICIO DE LA COMISIÓN NACIONAL, LA IMPROCEDENCIA DE LAS PRETENSIONES DEL USUARIO, ÉSTA PODRÁ ABSTENERSE DE ORDENAR LA RESERVA TÉCNICA.

XI. LOS ACUERDOS DE TRÁMITE QUE EMITA LA COMISIÓN NACIONAL NO ADMITIRÁN RECURSO ALGUNO.

LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B, Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL(LOS) REGISTRO(S) NÚMERO CNSF-S0022-0430-2011 DE FECHA 16/12/2011, CNSF-S0022-0431-2011 DE FECHA 16/12/2011, .