



Seguro de Vida Grupo

Gastos Funerarios Familiar

enero 2026

Contenido

I. Definiciones	3
II. Cobertura Básica de Gastos Funerarios Familiar (GFF)	7
III. Condiciones Generales	9
IV. Procedimiento Operativo	29
V. Datos de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios y CONDUSEF	31
Anexo de Referencias Legales	32
ENDOSOS	51
FORMATOS	61

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., denominada en adelante como "**La Aseguradora**", a cambio del pago de la **Prima** correspondiente, se obliga a brindar a los **Asegurados** incluidos en la "**Relación de Integrantes o Asegurados**" de la **Póliza**, durante el plazo de vigencia del **Contrato De Seguro** descrito en la misma y de acuerdo a la clasificación de **Grupo Asegurado**, la protección por la cobertura de Gastos Funerarios Familiar cubierta en este contrato, siempre y cuando se encuentren especificados en la Carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual** correspondiente, con las coberturas, delimitaciones y exclusiones contenidas en las presentes condiciones generales.

El presente **Contrato De Seguro** se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades y demás leyes y reglamentos vigentes y aplicables de la República Mexicana.

Las condiciones generales serán aplicables a su seguro de vida, mientras la **Póliza** se encuentre en vigor, de acuerdo con las siguientes:

I. Definiciones.

Para todos los efectos del presente **Seguro de Vida Grupo Gastos Funerarios Familiar**, las siguientes palabras y frases, las cuales estarán enfatizadas en negrillas para su mejor identificación, tendrán el significado y alcance que a continuación se señala:

Asegurado	Persona que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por La Aseguradora y que a solicitud del Contratante y consentimiento de él mismo, ha quedado amparado bajo la póliza de seguro.
Asegurado Titular	Cada miembro del Grupo Asegurado que representa a sus Dependientes Económicos .
Aseguradora	Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V.
Beneficiario	Es la persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro (indemnización), por haber sido designado para tal efecto por el Asegurado en términos del Contrato de Seguro.
Categoría	Es aquella clasificación designada por el Contratante para sus Asegurados , en la cual se establecerán las reglas de la Suma Asegurada y coberturas particulares de cada una de estas clasificaciones de carácter general.

Certificado Individual	Es aquel documento expedido por La Aseguradora por cada integrante del Grupo Asegurado donde se describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la Póliza . Todos los Consentimientos / Certificados Individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada Asegurado Titular y, en general los datos a que hace referencia el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida.
Consentimiento Individual	Documentos expedidos por La Aseguradora y entregados a los Asegurados titulares a través del Contratante o intermediario, mediante el cual el Asegurado Titular acepta su inclusión como Asegurado de la Póliza y además designa a sus Beneficiarios .
Contratante	Persona física o moral que ha solicitado la celebración de un Contrato de Seguro de vida para sí y/o terceras personas que además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros del Grupo Asegurado , en caso de terceras personas, así como a recabar la información necesaria para el aseguramiento.
Contrato o Póliza de Seguro	Documentación mediante la cual constan los derechos y obligaciones de cada una de las partes. El Contrato de Seguro o Póliza está constituido por la Solicitud de aseguramiento, Carátula de la Póliza, Relación de Asegurados, Consentimientos y Certificados Individuales, Condiciones Generales, Cláusulas y Endosos que se agreguen. Estos documentos constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre El Contratante y La Aseguradora .
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CONDUSEF	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
Dependientes Económicos	Serán considerados como Dependientes Económicos del Asegurado Titular las siguientes personas: 1. Su cónyuge o quien acredite legalmente ser la concubina o concubino, o conviviente. 2. Sus hijos solteros y menores de 25 (veinticinco años) solteros, sin ingresos por trabajo personal que vivan en el mismo domicilio, 3. Sus padres sin ingresos por trabajo personal y que vivan en el mismo domicilio de Asegurado.

Endoso	Documento que modifica las condiciones originalmente contratadas de la póliza, previo acuerdo entre El Asegurado y La Aseguradora ; y forma parte integrante de ésta última. El cual deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
Evento	Es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia de este. También se podrá hacer referencia de éste como Siniestro.
Extraprima	Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a La Aseguradora , cuyo objeto es cubrir un riesgo agravado.
Fecha De Alta Del Certificado Individual	Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual El Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro .
Fecha De Inicio De Vigencia:	Significa la fecha indicada en la carátula de la Póliza , en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro .
Grupo Asegurable	Los integrantes del Grupo sobre los que se hace la oferta del Seguro que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro .
Grupo o Grupo Asegurado	Es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro , que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que establece La Aseguradora y forman parte del Registro de Asegurados .
LISF	Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
LSCS	Ley Sobre el Contrato de Seguro.
Prima	Es el costo anual del seguro mediante el cual La Aseguradora ofrece protección a los Asegurados Titulares , basado en la Suma Asegurada y la edad cumplida de cada uno al momento de la contratación del seguro.
Reglamento del Seguro de Grupo	Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
Relación de Integrantes o Asegurados	Es el registro de Asegurados Titulares , que se entrega o imprime en cada Contrato de Seguro .

Siniestro Cubierto	Es la realización de la eventualidad prevista en este Contrato , amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta Póliza y que da origen al pago de la indemnización; siempre y cuando ocurra durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente.
Suma Asegurada	Es monto máximo de indemnización que La Aseguradora se compromete a pagar al (o los) Beneficiario(s) en los términos que establezcan las condiciones generales en el caso de la ocurrencia de un riesgo contratado. La Suma Asegurada máxima de responsabilidad es elegida por el Contratante y por el cual, el(los) Asegurado(s) Titulares estará(n) protegido(s) por las coberturas contratadas, incluyéndose los incrementos y/o decrementos realizados a la Suma Asegurada durante la vigencia de la Póliza. Los incrementos o decrementos en la Suma Asegurada pactada, únicamente se efectuarán a petición por escrito del Contratante o, cuando el límite de responsabilidad esté directamente relacionado con las percepciones salariales base de los Asegurados Titulares. La Suma Asegurada se hará constar en la carátula de la Póliza, Certificado individual y Relación de Integrantes o en los Endosos correspondientes.
Suma Asegurada Máxima (SAMI)	Es el límite máximo de Suma Asegurada que se podrá conceder sin la aplicación de una evaluación médica previa para otorgar el seguro. En caso de solicitar una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima , La Aseguradora podrá solicitar información adicional que considere necesaria para la selección del riesgo.

II. Cobertura Básica de Gastos Funerarios Familiar (GFF)

La cobertura básica de Gastos Funerarios Familiar (GFF) opera desde el inicio y hasta el final de la vigencia del contrato.

Si durante la vigencia del del **Certificado Individual** fallece el **Asegurado Titular**, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** designados, el gasto que generan los servicios funerarios con límite en la **Suma Asegurada** pactada y determinada en el **Certificado Individual** correspondiente para esta cobertura.

Si el **Asegurado** sobrevive al término de la vigencia, la cobertura concluirá sin ninguna obligación para **La Aseguradora**.

Esta cobertura podrá ser contratada bajo las siguientes modalidades:

1.- Gastos Funerarios del Asegurado Titular

2.- Gastos funerarios del Cónyuge.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Cónyuge asegurado dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

Esta cobertura podrá contratarse como un seguro recíproco, en el cual el Asegurado podrá contratar la cobertura para su Cónyuge, siempre y cuando sean recíprocamente Beneficiarios de esta cobertura, por lo que no será necesario que el Cónyuge asegurado otorgue su consentimiento. En este caso, este seguro recíproco es excluyente con el seguro recíproco de la cobertura de Gastos Funerarios de Hijos.

3.- Gastos funerarios de Hijos.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Hijos asegurados dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios designados.

En el caso de menores de doce años, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada la cual no podrá ser mayor a 10 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del Siniestro.

Esta modalidad podrá contratarse como un seguro recíproco, en el cual el Asegurado podrá contratar la cobertura para un Hijo mayor de edad, sin que sea necesario su consentimiento, siempre y cuando sean recíprocamente Beneficiarios de esta cobertura. En este caso, este seguro recíproco es excluyente con el seguro recíproco de la cobertura de Gastos Funerarios del Cónyuge.

4.- Gastos funerarios de Padres

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Padres asegurados dentro de la Vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios designados.

Quedan asegurados bajo la misma cobertura **el Asegurado** con sus **Dependientes Económicos**.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada **Asegurado**, sin necesidad de declaración expresa de **La Aseguradora**, cuando **La Aseguradora** haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

La indemnización establecida para esta cobertura será exigible al presentar a **La Aseguradora** la documentación completa necesaria a través de la cual se acredite el fallecimiento del **Asegurado Titular** o sus Asegurados **Dependientes**, así como que éste ocurrió dentro de la vigencia de la **Póliza**.

EXCLUSIONES

La Aseguradora no tendrá responsabilidad alguna cuando el fallecimiento se origine como consecuencia de:

1. Suicidio dentro del primer año de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado Titular a la Póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad de éste.

En este supuesto, La Aseguradora devolverá la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición incurridos.

III. Condiciones Generales

1) Descripción del Seguro

La Aseguradora emite la presente **Póliza**, a efecto de brindar protección a las personas que hayan otorgado su consentimiento para formar parte del **Grupo Asegurable**, por el riesgo de la cobertura básica de Gastos Funerarios Familiar que se otorgará a partir de la fecha de inicio y hasta el fin de la vigencia consignado en el **Consentimiento / Certificado Individual**.

El límite de las obligaciones de **La Aseguradora** será exclusivamente dentro de los términos y condiciones estipulados en esta **Póliza**, y teniendo como límite máximo el monto de la **Suma Asegurada** contratada.

2) Vigencia

2.1. Vigencia de la Póliza.

La vigencia de la **Póliza**, entendida como el periodo durante el cual el **Contrato de Seguro** tiene validez, será delimitado por las fechas de inicio y de término de vigencia estipuladas en la carátula de la **Póliza**, siempre que la **Prima** vencida sea pagada dentro del período convenido.

Para los integrantes que entren con posteridad al **Grupo Asegurado**, su vigencia se hará constar en el **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente. La cobertura del Seguro podrá ser menor o igual a un año. El periodo comprendido entre el inicio y fin de Vigencia será igual al plazo del seguro.

2.2. Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.

La vigencia del **Consentimiento / Certificado Individual**, entendida como el período durante el cual el **Asegurado Titular** tiene derecho a la protección de la **Póliza**, está delimitado por las fechas de inicio y de término de vigencia, ambas estipuladas en el **Consentimiento / Certificado Individual** correspondiente, siempre y cuando el periodo se encuentre dentro del periodo vigente de la **Póliza** al que pertenece y el Asegurado Titular sea parte del Grupo Asegurado.

3) Renovación

La Aseguradora podrá renovar el **Contrato de Seguro** de grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante Endoso a la **Póliza** en los mismos términos y condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo, 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.

No quedarán cubiertos a partir de Cualquier renovación los Asegurados cuyas edades, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en la cláusula de edades de aceptación de este Contrato de Seguro.

Lo anterior de conformidad con el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo que cita:

*“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.”*

Cuando la Compañía decida renovar el contrato, deberá informarle al Contratante, dentro de los 30 días anteriores a la terminación de la vigencia del contrato, la tarifa de prima que corresponde a la nueva vigencia, a efecto de que éste manifiesta su conformidad.

El pago de la prima acreditada, mediante el recibo emitido en las formas usuales de **La Aseguradora**, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

4) Terminación del Contrato

La terminación de este **Contrato de Seguro** puede suceder por alguna de las siguientes causas:

- a.** Al cumplir el plazo de termino de vigencia que aparece en la Carátula de la **Póliza**, y este no es renovado;
- b.** Terminado el plazo de gracia para el pago de las primas correspondientes;
- c.** Mediante petición por escrito del **Contratante** a **La Aseguradora**;
- d.** Que el **Contratante** no cumpla con las obligaciones previstas en este **Contrato**, en cuyo caso, **La Aseguradora** se obliga a devolver la prima no devengada.

Terminación del Certificado Individual

- a.** Fallecimiento del **Asegurado Titular**, sólo respecto de ese **Asegurado Titular**;
- b.** Cuando el Asegurado Titular deja de pertenecer al Grupo Asegurado.

Cuando el **Contratante** solicite la terminación anticipada del contrato mediante petición por escrito con 30 (treinta) días de anticipación, el Contrato de Seguro dejará de surtir efectos y el **Contratante** tendrá derecho a la parte de la prima que corresponde al tiempo durante el cual el seguro no hubiere estado en vigor. **La Aseguradora** deberá devolver la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la **Póliza** menos los gastos de adquisición y siempre y cuando no se hayan suscitado ningún siniestro durante la vigencia transcurrida, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que surta efecto la terminación del **Contrato**. Dicha devolución se realizará dentro de los 30 días siguientes a

que surta efectos de la terminación anticipada a la cuenta bancaria que para tal efecto designe el Contratante.

Se considerará cancelación o terminación anticipada del **Contrato** si se presenta algunos de los siguientes casos:

- i. El **Contratante** presenta por escrito con 30 (treinta) días de anticipación la solicitud de cancelación de la **Póliza**;
- ii. Se presenta la baja o separación definitiva de los **Asegurados Titulares del Grupo Asegurable** que forman parte de la **Póliza**;
- iii. La protección terminará para cada **Asegurado** de acuerdo con los límites de edad estipulados para cada cobertura, sin necesidad de declaración expresa de **La Aseguradora**;
- iv. El importe total de la **Prima** de la **Póliza** no es pagado a **La Aseguradora** dentro del período correspondiente, cesando los efectos de esta a las 12:00 horas del último día del citado período, sin necesidad de notificación o declaración judicial;
- v. Por rescisión del **Contrato**, en caso de que el **Contratante** incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la **LSCS**. Y en caso de aquellos Asegurados que otorguen su consentimiento para ser Asegurados posteriores a los 30 días en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado y la Compañía les requiera requisitos médicos u otros para asegurarlas, en este supuesto si el Asegurado incurre en omisiones, falsas o inexactas declaraciones.

Para cada **Asegurado** el contrato se cancelará automáticamente:

1. Al momento en que el **Asegurado Titular** deje de formar parte del **Grupo Asegurado**;
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio;
3. Cuando el **Contratante** reporte la baja del Asegurado como parte del Grupo Asegurado;
4. En el aniversario de la **Póliza** inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase la edad de cancelación pactado para esta cobertura;
5. El **Consentimiento / Certificado Individual** se cancelará a la muerte del **Asegurado Titular**.

5) Cambio de contratante

Cuando haya un cambio de **Contratante**, **La Aseguradora** podrá **rescindir el Contrato de Seguro** o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al **Grupo Asegurable**, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del citado cambio.

En este caso, sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la **rescisión de Contrato** de manera fehaciente al nuevo **Contratante**. **La Aseguradora** reembolsará a quienes hayan aportado la **Prima**, de manera proporcional, la Prima neta no devengada. Dicha devolución se realizará dentro de los 30 días que se señalan en este párrafo a la cuenta bancaria que se designe para tal efecto.

6) **Beneficiarios**

Los **Asegurados Titulares** podrán hacer su designación de **Beneficiario(s)** mediante notificación por escrito que, junto con el consentimiento respectivo, deberá remitirse a **La Aseguradora** para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y **La Aseguradora** pague el importe del seguro al último **Beneficiario** de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ella.

El **Contratante** no podrá influir en la designación de **Beneficiarios** ni podrá figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo de este.

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

En cualquier momento, los **Asegurados Titulares** pueden renunciar al derecho que tienen para cambiar de **Beneficiario**, salvo por lo que hace al que hubieren designado con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos, ésta deberá hacerse constar en el consentimiento respectivo, debiendo el **Asegurado Titular** comunicarla por escrito al **Beneficiario** y a **La Aseguradora**.

Cuando no haya **Beneficiario** designado la **Suma Asegurada** se pagará a la sucesión del **Asegurado Titular**.

La misma regla se observará, salvo pacto en contrario o designación irrevocable del **Beneficiario**, cuando éste llegare a fallecer antes que el **Asegurado Titular** y este último no hubiere nombrado a otra persona en sustitución de aquel.

Cuando, habiendo varios **Beneficiarios** designados, alguno de ellos llegare a fallecer antes que el **Asegurado Titular** sin que sea sustituido por algún otro, la porción correspondiente aumentará por partes iguales la de los demás, esto es, dicha parte se distribuirá proporcionalmente entre los **Beneficiarios** supervivientes.

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 deben 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.

7) **Edades de aceptación**

Salvo pacto en contrario se establece:

1. Para el **Asegurado Titular y su Cónyuge**:

-  La edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años;
-  La edad máxima de aceptación es de 69 (sesenta y nueve) años;
-  La edad máxima de renovación es de 69 (sesenta y nueve) años;
-  La edad de cancelación es de 70 (setenta) años.

2. Para los hijos de **Asegurado Titular** como **Dependientes Económicos**:

-  La edad de aceptación será de 1 (uno) a 23 (veintitrés) años;
-  La edad máxima de renovación de hijos es de 24 (veinticuatro) años, con cancelación a los 25 años.

Para el caso de los hijos del **Asegurado Titular** que nazcan durante la vigencia de seguro, quedarán asegurados a partir de la renovación en la que cumplan un año y hasta el término del plazo de seguro contratado.

El Asegurado Titular deberá comunicar por escrito a La Aseguradora los nacimientos ocurridos, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del evento.

3. Para los padres del **Asegurado Titular** como **Dependientes Económicos**:

-  La edad máxima de aceptación será de 68 (sesenta y ocho) años;
-  La edad máxima de renovación es de 69 (sesenta y nueve) años;
-  La edad de cancelación es de 70 (setenta) años.

Para los efectos de este **Contrato**, se considerará como edad del **Asegurado**, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del seguro y deberá estar dentro de las edades límite estipuladas.

Las edades declaradas por los miembros del **Grupo Asegurable** deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario La **Aseguradora**, la cual en ese momento hará la anotación en el certificado respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de comprobación de edad posteriormente.

Si la edad declarada sobre algún **Asegurado** fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del **Contrato** se encuentra fuera de los límites establecidos para esta **Póliza**, el **Seguro** se rescindirá para el **Certificado Individual** correspondiente y se reintegrará al **Contratante** la prima no devengada del **Consentimiento / Certificado** correspondiente en la fecha de su rescisión;
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, **La Aseguradora** reembolsará la diferencia entre la reserva matemática existente y la que habría sido necesaria para la edad real del **Asegurado** en el momento de la celebración del **Contrato**. las **Primas** posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real;
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de **La 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**;
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del **Asegurado** y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, **La Aseguradora** estará obligada a pagar la cantidad que resulte de multiplicar la **Suma Asegurada** por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del **Asegurado**, en el último aniversario de la **Póliza**;
- e) En caso de que **La Aseguradora** ya hubiese pagado el importe del **Seguro** al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del **Asegurado**, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la **Póliza**.

En caso de requerir edades fuera de dichos límites será necesario que El Contratante lo solicite por escrito a La Aseguradora para que se evalúen los costos y condiciones para su aceptación; en caso de aceptación por parte de La Aseguradora y el Contratante, se emitirá el Endoso respectivo.

8) Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este **Contrato de Seguro** prescribirán en cinco años para las coberturas de fallecimiento y en dos años para las demás, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la **LSCS**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma **LSCS**.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que **La Aseguradora** 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro y por las que establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

En términos del artículo 65, 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la **LSCS**, la interposición de la reclamación ante la **CONDUSEF**, producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de los Usuarios de Servicios Financieros (UNE) de **La Aseguradora**, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

9) Tipos de Administración

Las personas que ingresen al **Grupo Asegurable** con posterioridad a la celebración de la **Póliza** y que hayan dado su consentimiento para ser **Asegurados** dentro de los 30 (treinta) días.

10) Movimientos de Asegurados

Si se establece la administración de la **Póliza** mediante proceso de altas y bajas salvo pacto en contra y especificación por escrito en Endoso respectivo.

Las personas que ingresen al **Grupo Asegurable** con posterioridad a la celebración de la **Póliza** 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 del **Grupo Asegurable**.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su alta al **Grupo Asegurable** con posterioridad a la celebración de la **Póliza** 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, contados 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**.

La **Prima** de estos nuevos miembros del **Grupo Asegurable** será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

Las personas que se separen definitivamente del **Grupo Asegurable** dejarán de estar aseguradas desde el momento de su baja o separación, quedando sin validez alguna el **Consentimiento / 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.

11) **Altas y Bajas**

La **Póliza** será auto administrada y al final de la vigencia se realizará el cobro o devolución de **Primas** por los movimientos de altas, bajas, por lo que el **Contratante** se obliga a entregar el listado actualizado al finalizar la vigencia de las pólizas, con el objetivo de realizar el ajuste de primas por dichos movimientos, es decir los movimientos de altas y bajas que ocurran durante la **Vigencia** serán cubiertos automáticamente hasta la **Suma Asegurada Máxima** sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando cumplan con la definición de **Grupo Asegurable**, por lo que no será necesario su reporte.

La Aseguradora tendrá la obligación de amparar al **Asegurado** desde el momento que sea dado de alta al **Grupo Asegurado**, aunque aún no se haya recibido el documento de aviso de alta de este.

Si por motivo de error u omisión involuntaria, no se incluye algún miembro del **Grupo Asegurado** para su aseguramiento, **La Aseguradora** le dará cobertura con el pago de **prima** correspondiente.

En caso del personal en servicio activo, que se encuentre en licencias médicas sin goce de sueldo, se considerará **Asegurado**, y el pago de la **Prima** será con cargo a las primas calculadas al inicio de la vigencia del seguro.

Si por algún motivo **La Aseguradora** no logra tener requisitado el **Consentimiento / Certificado Individual** por parte del **Asegurado Titular**, se aceptará como válido para efecto del pago de indemnización, el documento que se haya requisitado con **La Aseguradora** contratada en la vigencia anterior, o a falta de este último, se aceptará la carta testamentaria del Instituto de Seguridad Social establecido por el Contratante.

Para nuevas altas se deberá llenar el **Consentimiento / Certificado Individual** de **La Aseguradora**. Los consentimientos / certificados deberán ser recabados por el **Contratante**, debidamente requisitados y firmados por los **Asegurados Titulares**, y entregados a **La Aseguradora**.

12) **Derechos al separarse del Grupo Asegurable**

En caso de que la contratación de este **Seguro** tenga por objeto otorgar una prestación laboral, **La Aseguradora** tendrá la obligación de asegurar por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del **Grupo Asegurable** 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 Asegurable** deberá presentar su solicitud a **La Aseguradora**, dentro del plazo de 30 (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 con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la **CNSF**. El solicitante deberá pagar a **La Aseguradora** la prima que corresponda, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

13) **Comunicación y Notificaciones**

Toda comunicación entre **La Aseguradora**, el **Asegurado**, el **Beneficiario** y/o el **Contratante** deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de **Póliza**.

El **Contratante** deberá notificar por escrito a **La Aseguradora** cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la **Póliza**.

Las notificaciones que **La Aseguradora** haga al **Contratante** se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a **La Aseguradora**.

Los requerimientos y comunicaciones que **La Aseguradora** deba hacer al **Asegurado**, o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca **La Aseguradora**.

14) **Modificaciones y Correcciones**

Las **Condiciones Generales** de la **Póliza** y sus Endosos respectivos, solo tendrán validez y podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el **Contratante** y **La Aseguradora** y éstas se hagan constar mediante Endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la **CNSF**.

Los agentes, o cualquier otra persona no autorizada específicamente por **La Aseguradora**, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al **Contrato de Seguro** y sus Endosos.

Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Contratante** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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 a lo establecido en el artículo 25 de la **LSCS**.

“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.”

15) Prima Total

Es el costo del **Seguro** mediante el cual **La Aseguradora** ofrece protección al **Asegurado**, basado en las **Sumas Aseguradas** y cobertura contratada y especificadas en la carátula de la **Póliza**.

La prima total del grupo será equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los **Asegurados Titulares** para el pago de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de Seguro.

16) Pago de Primas

El **Contratante** deberá pagar la **Prima** anual de la(s) cobertura(s) contratadas a partir de la fecha de inicio de vigencia y durante los plazos de pago estipulados en la **Póliza**, salvo que este **Contrato de Seguro** se dé por terminado antes de cumplirse dichos plazos.

El **Contratante** puede optar por liquidar la **Prima** anual de manera fraccionada, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que **La Aseguradora** determine en la fecha de emisión de cada recibo, salvo pacto en contra.

La **Prima** o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. El **Contratante** dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de la **Prima** inicial o fracciones subsecuentes, vencerá al comienzo del periodo que comprenda la parcialidad.

Las Primas deberán ser pagadas a su vencimiento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido desde ese momento los efectos de este contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) del último día del periodo de gracia, si el Contratante no hubiese cubierto el total de la prima o la fracción pactada. En caso de pago en parcialidades, si el Contratante no cubre una de las parcialidades en la misma fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) de ese mismo día. Las horas

señaladas en este inciso serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.

Lo anterior de acuerdo con las disposiciones de los artículos 37 y 40 de la **LSCS**.

Los pagos deberán de efectuarse, mediante transferencia electrónica o depósitos en cuentas bancarias, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien **La Aseguradora** tenga convenio, y sean dadas a conocer en los avisos de cobro correspondiente al periodo, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de **Primas** a través de un título de crédito (cheque) (nacional y/o extranjero) éste se recibirá salvo buen cobro.

Todas las aportaciones serán consideradas como **Prima** y podrán ser realizadas en las oficinas de **La Aseguradora** o por cualquier otro medio que **La Aseguradora** establezca, como puede ser cargo referenciado o transferencia electrónica de fondos a favor de **La Aseguradora**.

El comprobante de la operación, el recibo expedido por la Institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto **La Aseguradora** entregue el recibo correspondiente al **Asegurado**.

17) Ajuste de Primas

Los ajustes en **Primas** por motivos de Incremento general en la nómina mayor al porcentaje de inflación más 10 (diez) puntos como máximo o por cambio de regla para determinar la **Suma Asegurada** durante la vigencia, se cobrará a prorrata con la misma forma de pago de la **Póliza** dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del **Contrato de Seguro**, el **Contratante** deberá enviar un listado actualizado de acuerdo con la regla de **Suma Asegurada** establecida para los Integrantes, y con esa información se determinará la **Suma Asegurada** al final de la vigencia para llevar a cabo el cálculo de ajuste de **Primas** por altas, bajas e incrementos individuales de **Suma Asegurada** dentro del **Grupo Asegurado**.

Se obtendrá la diferencia con el importe de la **Suma Asegurada** total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto.

El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e integrantes que no hayan salido del **Grupo Asegurado** y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

Para los aumentos o disminuciones de **Suma Asegurada**, los ajustes en las **Primas** se realizarán de acuerdo con la edad, ocupación y **Suma Asegurada** individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en **Primas** cuando exista cambio de regla para determinar la **Suma Asegurada**, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

En caso de alta o baja de **Asegurados** que ocurran durante el transcurso de la vigencia, se realizará un ajuste en **Prima**, mismo que se llevará a cabo al término de la vigencia de la póliza.

Se ajustará la **Prima** de cada recibo, de acuerdo con la forma de pago establecida en la carátula de **Póliza**, en el entendido de que en caso de que el **Contratante** no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la **Suma Asegurada** aplicable a uno o varios Integrantes, se tomará como vigente la última que se haya realizado.

El importe de dicho recibo deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de **La Aseguradora**. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

18) Lugar de pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de **La Aseguradora** contra entrega del recibo expedido por la misma, salvo que se haya pactado hacer el pago mediante transferencia o depósito en la cuenta que **La Aseguradora** le proporcione al **Contratante**, en cuyo caso el comprobante de dicha operación será prueba del mismo.

19) Periodicidad

El **Contratante** podrá liquidar la prima anual de manera fraccionada, con periodicidad estipulada en la caratula de la póliza, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que **La Aseguradora** determine en la fecha de emisión de cada recibo.

El **Contratante** gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales para el pago de la prima o de la fracción correspondiente en caso de pago en parcialidades.

20) Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del **Contratante** o de **La Aseguradora**, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

La moneda en que se emitió este **Contrato de Seguro** no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de la moneda en **Suma Asegurada** ni **Prima**.

21) Rehabilitación

En caso de que la **Póliza** cese en sus efectos por falta de pago de las **Primas**, el **Contratante** podrá rehabilitarla, sujeto a la aprobación de **La Aseguradora**, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a **La Aseguradora** una solicitud de rehabilitación firmada por el **Contratante**;
- b) Que el **Grupo Asegurado** reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por **La Aseguradora**;
- c) Cubrir el importe de las **Primas** no pagadas;
- d) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que **La Aseguradora** determine para este efecto.

El **Contrato de Seguro** se considerará nuevamente vigente, a partir del día en que **La Aseguradora** comunique por escrito al **Contratante** haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente, sujetándose en todo caso a lo establecido en el Endoso de Indisputabilidad y Suicidio.

La rehabilitación conservará la fecha de inicio de Vigencia del Contrato de Seguro, mediante el pago de las Primas vencidas que se encuentren pendientes de pago hasta la fecha de la rehabilitación.

La Compañía no tendrá obligación alguna respecto a aquellos Siniestros que hayan ocurrido durante el tiempo en que estuvieron cesados los efectos del seguro por falta de pago de la Prima.

El hecho de que el Contratante solicite la rehabilitación del Contrato de Seguro no obliga a que La Aseguradora acepte la propuesta.

22) Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, en la Unidad Especializada de La Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de

la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros así como en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de **La Aseguradora** a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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 del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Si usted lo desea puede acudir a consultar y/o presentar alguna reclamación a la Unidad Especializada de **La Aseguradora** ubicada en Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, México, CDMX, Tel. (55) 4161 9550, Correo: UNE@spsegurospatrimonial.mx.

También si lo prefiere puede presentar su reclamación directamente en las oficinas de la **CONDUSEF**, con oficinas centrales en Av. insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, México CDMX, C.P. 03100, Tel. 5553 400 999, correo: asesoria@condusef.gob.mx.

23) **Carencia de restricciones**

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del **Asegurado Titular**, posteriores a la contratación de la **Póliza**.

24) **Indisputabilidad**

El **Contrato** durante 2 (dos) años de vigencia continúa e ininterrumpida, siempre será disputable. En caso de rehabilitación de la **Póliza**, el plazo señalado se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por **La Aseguradora**.

Transcurrido el plazo señalado en el párrafo precedente, el **Contrato** será indisputable.

De igual forma, en el supuesto de que, con posterioridad a la emisión de la **Póliza** original, el **Contratante** solicite un incremento en la **Suma Asegurada** que hubieren sido aceptados por **La Aseguradora**, los documentos que hubieren servido como base de la solicitud de que se trate y que formen parte de este **Contrato de Seguro**, será disputable a partir del inicio de la vigencia del incremento en la **Suma Asegurada**, siempre y cuando no haya dado su consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado dentro de los 30 días posteriores en que adquirió el derecho de formar parte del Grupo Asegurado

Este **Contrato** será disputable, para cada Asegurado que haya dado su consentimiento para pertenecer al Grupo Asegurado, 30 días posteriores en que adquirió el derecho de formar parte del Grupo Asegurado, de acuerdo con lo señalado por el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo, por omisiones o inexactas declaraciones contenidas en:

- a) Consentimiento,
- b) Solicitud de requisitos, cuando aplique,

25) Omisiones o Inexactas Declaraciones

El **Contratante** están obligados a declarar por escrito a **La Aseguradora** mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde éste amplíe la información solicitada, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del **Contrato de Seguro**.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a La Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la LSCS.

Quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora si se demuestra que el Asegurado, 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, tal y como lo dispone el artículo 70 de la LSCS.

Esta cláusula será aplicable para aquellos **Asegurados** que se den de alta después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo..

26) Agravación del Riesgo

Las obligaciones de La Aseguradora cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I y 56 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la **LSCS**, el **Asegurado Titular** deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga(n) su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. **Si el Contratante y/o Asegurado Titular omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución en lo sucesivo.**

Para efectos de la presente cláusula se entenderá como agravación esencial cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que **La Aseguradora** habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, **La Aseguradora** no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

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

27) Cláusula de Actividades Ilícitas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, **Asegurado** o su **Beneficiario** realice o se relacione con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. **Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora, si el Asegurado o su Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la LISF y el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la LISF, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre de los Asegurados o su Beneficiario, sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X Disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la LISF, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.**

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, **Asegurado** o del **Beneficiario** deje de encontrarse en las listas antes mencionadas, la Institución considerará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este **Contrato de Seguro** pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad

pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

28) Impuestos

Los pagos que realice **La Aseguradora** a sus **Contratantes, Asegurados o Beneficiarios** estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

29) Comisión

Durante la vigencia de la **Póliza**, el **Contratante y/o Asegurado** podrá solicitar por escrito a **La Aseguradora** 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 Aseguradora proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

30) Dividendos

Este **Contrato** no otorga dividendo salvo pacto en contra, siempre y cuando se encuentre especificado en la carátula de la **Póliza** y se cumpla lo establecido en el Endoso respectivo.

31) Aviso de privacidad

La información personal proporcionada por el TITULAR, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que **ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V.** con domicilio en la calle de Aristóteles número 77 piso 1, Despacho 104, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550 Ciudad de México, (en adelante **La Aseguradora**) recolecte o haya recolectado por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, por si o a través de un tercero, será utilizada para la identificación del titular así como para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el convenio o contrato celebrado al cual se incorpora el presente aviso como si fuese parte integrante del mismo, así como para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de **La Aseguradora**.

La información del TITULAR que recabe en esta forma será tratada con la confidencialidad debida y no podrá ser objeto de enajenación a terceras personas.

Sin embargo, se autoriza a **La Aseguradora** a compartirla en los siguientes casos:

- Ⓢ Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros para dar cumplimiento al contrato de comisión o de prestación de servicios o diversos convenios con el Titular;

- Ⓢ En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o responsable de Datos Personales de **La Aseguradora**, ante quién el TITULAR puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito que debe contener y acompañarse de lo siguiente:

- I. identificación oficial o documentación con el que se acredite la representación del Titular;
- II. Descripción clara y precisa de la información respecto de la cual se solicite el acceso, rectificación, oposición o cancelación, según sea el caso.

A dicha información **La Aseguradora** dará respuesta en un plazo máximo de 20 (veinte) días y de resultar procedente conforme a la Ley aplicable, se hará efectiva dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que se comunique la respuesta.

De igual forma mediante el mismo mecanismo, el Titular puede limitar el uso que conforme al presente aviso se dé a su información personal.

La **Aseguradora** se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.spsegurospatrimonial.mx; se entenderá que el Titular consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

32) Siniestros

Aviso y comprobación de siniestros

Es obligación del **Asegurado** o **Beneficiario** presentar por escrito a **La Aseguradora** la reclamación en caso de haber ocurrido el siniestro que pueda ser motivo de indemnización. En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del siniestro.

Conforme al artículo 66 de la **LSCS**, el **Asegurado** o **Beneficiario** gozará de un plazo máximo de 5 (cinco) días para presentar el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

Pago de indemnizaciones por siniestros

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas al **Asegurado Titular** y/o **Beneficiario(s)** designado(s), según corresponda, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que **La Aseguradora** reciba todos los documentos completos que fundamenten el siniestro, mismos que se establecen en el apartado **Procedimiento Operativo** de este contrato.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al **Contratante** y/o **Beneficiario** a reintegrar el pago a **La Aseguradora**.

33) Indemnización por mora

En caso de que **La Aseguradora** no cumpla con las obligaciones a su cargo en términos de la **Póliza** o del **Consentimiento / Certificado Individual**, estará obligada, aun cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir una indemnización por mora que se calculará conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la **LISF**.

34) Certificados individuales

La Aseguradora expedirá y enviará al Contratante, para que éste los entregue a los Asegurados, certificados individuales que expresarán los siguientes datos:

- Nombre, teléfono y domicilio de **La Aseguradora**;
- Firma del funcionario autorizado de **La Aseguradora**;
- Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- Nombre del Contratante;
- Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del **Asegurado**;
- Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo, y;
- En el caso de los seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento de Seguro Grupo.

La Aseguradora, previo convenio con **el Contratante**, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:

- Proporcionando al **Contratante** los Certificados para su entrega a los asegurados, o;
- Estableciendo la obligación del **Contratante** de hacer del conocimiento y entrega a los Asegurados de dichos Certificados.

En todos los casos, **El Asegurado** podrá solicitar a **La Aseguradora**, **El Certificado** correspondiente.

El Contratante se comprometerá a administrar los documentos (Consentimientos y Certificados Individuales) y a informar a los Integrantes su contenido, así como a integrar un expediente por cada Asegurado actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la Aseguradora le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Aseguradora acceso irrestricto a toda la información relacionada con el seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión

Nacional de Seguros y de Fianzas en materia de este seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables.

Movimientos Durante la Vigencia del Contrato de Seguro

Quedarán cubiertos todos los Integrantes desde su consentimiento a formar parte del Grupo Asegurado, cuya fecha se hará constar en **El Certificado Individual**, sin que exista la obligación por parte del **Contratante** de notificar a **La Aseguradora** su ingreso al **Grupo Asegurado** y la obligación de **La Aseguradora** cesará al momento de la separación definitivamente del **Asegurado** con **El Contratante**.

IV. Procedimiento Operativo

Que hacer en caso de Siniestro

La documentación que deberá presentarse a **La Aseguradora** para reclamar la cobertura básica será:

Documentos para hacer la reclamación del gasto funerario ya sea que se trate del Asegurado Titular o Dependiente Económico en caso de siniestro:

1. **Consentimiento / Certificado** debidamente requisitado y firmado por el **Asegurado Titular** del seguro de grupo, si lo tuviesen;
2. Original del Acta de defunción, con validador electrónico;
3. Original del Acta de nacimiento, en caso de que los beneficiarios o dependientes económicos sean hijos del Asegurado, con validador electrónico;
4. Copia simple legible de una identificación oficial vigente con fotografía y firma, si se encontrara en poder del **Beneficiario** (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte);
5. Baja del CURP ante Secretaría de Gobernación a través de Registro Nacional de Población (RENAPO);
6. Factura de los gastos funerarios erogados y/o recibo de los gastos funerarios archivos en PDF Y XML;
7. Comprobante de domicilio del beneficiario no mayor a 3 meses;
8. Constancia de situación fiscal del beneficiario, cuando aplique.
9. En caso de que el finado sea menor de edad, se deberá presentar la constancia de estudios, y/o credencial de estudiante con fotografía.
10. Estado de cuenta bancario del beneficiario no mayor a tres meses
11. Identificación oficial vigente con fotografía del beneficiario.
12. Original de solicitud de pago de la cobertura por gastos del Asegurado Titular debidamente requisitado en formato proporcionado por **La Aseguradora**;
13. Formato Art. 492 de la LISF para personas físicas (proporcionado por **La Aseguradora**).
14. Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por **La Aseguradora**).

Documentos para hacer la reclamación del gasto funerario del (los) Beneficiario(s) en caso de siniestro:

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada;
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma del beneficiario (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte);
3. Original del acta de matrimonio, con validador electrónico, en caso de que el cónyuge sea el **Beneficiario** o documento oficial que permita comprobar el parentesco;

4. Acta de nacimiento original, con validador electrónico de cada **Beneficiario, en caso de que sean lo hijos del Asegurado;**
5. CURP de Beneficiario en copia simple;
6. Constancia de situación fiscal del Beneficiario;
7. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses;
8. Estado de cuenta con CLABE interbancaria, no mayor a 3 meses.
9. Original de solicitud de pago del Beneficiario(s) debidamente requisitado en formato proporcionado por **La Aseguradora;**
10. CURP del Asegurado en copia simple.
11. Formato Art. 492 de la LISF para personas físicas (proporcionado por **La Aseguradora**).

Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por **La Aseguradora**).

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a la Compañía no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro. **La Aseguradora** tiene el derecho de solicitar documentos e información adicionales relacionados con el siniestro, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la **LSCS** que señala:

*“**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 de este.”*

V. Datos de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios y CONDUSEF

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono (55) 4161 9550 o en nuestro portal www.spsegurospatrimonial.mx. En caso de inconformidad, usted podrá contactar a la Unidad Especializada de Seguros Patrimonial Vida, S.A. de C.V. en el teléfono (55) 4161 9550 o en el correo electrónico une@spsegurospatrimonial.mx o en la dirección Aristóteles No. 77-Piso 1, Despacho 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 55 5340 0999, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx. Así mismo, será competente el Juez del domicilio de las delegaciones de la **CONDUSEF**.

ANEXO DE LEGISLACIÓN

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas de internet:

“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 XX de XXX de 20XX, bajo el registro número CNSF-S0069-XXXX-20XX/CONDUSEF XXXXX-XX”.

ANEXO DE REFERENCIAS LEGALES

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

“ARTÍCULO 102.

En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros. Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización. Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.”

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

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

mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el Contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.”

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.*

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

VI. *Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no 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.- “ARTÍCULO 492.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y*
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:*
 - a. Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y*
 - b. Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.*

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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, y*
- d. Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo señalarán los términos para su debido cumplimiento.*

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.”

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 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 37.- *En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.*

Artículo 40.- *Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.*

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

Artículo 47.- *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 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 53.- *Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:*

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;*
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.*

Artículo 55.- *Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa Aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.*

Artículo 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 66.- *Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.*

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

Artículo 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 de este.

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 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 que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 165.- La Póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa Aseguradora. La Póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al Asegurador.

Artículo 168.- *El Contrato de Seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo.*

La empresa Aseguradora estará obligada a restituir las Primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las Primas para el caso de muerte.

Artículo 176.- *El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa Aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.*

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;*
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;*
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;*
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y*
- VI.** *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.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.”

“Artículo 65.- *Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento de este.*

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.”

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender 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 esta, 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 estas que el juicio arbitral 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, 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.

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.”

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

“ARTÍCULO 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

- I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
 - a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
 - b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
 - c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
 - d) Nombre del Contratante;
 - e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
 - f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
 - g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
 - h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;

- i) *Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y*
- j) *En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.*

II. *La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:*

- a) *Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o*
- b) *Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.*

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.”

“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 asegurada, 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 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.”

Código Penal Federal

“ARTÍCULO 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos

o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

- II. *Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.*

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando, además:

- I. *El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;*
- II. *Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o*
- III. *En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.”*

“ARTÍCULO 139 Quáter.- *Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:*

- I. *Del Código Penal Federal, los siguientes:*
 - 1. *Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;*
 - 2. *Sabotaje, previsto en el artículo 140;*
 - 3. *Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;*
 - 4. *Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y*
 - 5. *Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.*
- II. *De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.”*

“ARTICULO 148 Bis.- *Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y de cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:*

- I. *A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares,*

- material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice en territorio mexicano, actos en contra de bienes, personas o servicios, de un Estado extranjero, o de cualquier organismo u organización internacionales, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para presionar a la autoridad de ese Estado extranjero, u obligar a éste o a un organismo u organización internacionales para que tomen una determinación;*
- II. Al que cometa el delito de homicidio o algún acto contra la libertad de una persona internacionalmente protegida;*
 - III. Al que realice, en territorio mexicano, cualquier acto violento en contra de locales oficiales, residencias particulares o medios de transporte de una persona internacionalmente protegida, que atente en contra de su vida o su libertad, o*
 - IV. Al que acuerde o prepare en territorio mexicano un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en el extranjero.*

Para efectos de este artículo se entenderá como persona internacionalmente protegida a un jefe de Estado incluso cada uno de los miembros de un órgano colegiado cuando, de conformidad con la constitución respectiva, cumpla las funciones de jefe de Estado, un jefe de gobierno o un ministro de relaciones exteriores, así como los miembros de su familia que lo acompañen y, además, a cualquier representante, funcionario o personalidad oficial de un Estado o cualquier funcionario, personalidad oficial u otro agente de una organización intergubernamental que, en el momento y en el lugar en que se cometa un delito contra él, los miembros de su familia que habiten con él, sus locales oficiales, su residencia particular o sus medios de transporte, tenga derecho a una protección especial conforme al derecho internacional. “

“ARTÍCULO 400 Bis.- *Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:*

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o*
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.*

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.”

“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 12 de enero de 2026 , bajo el registro número CNSF-S0069-0015-2026/CONDUSEF-007075-01”.