

SEGURO
VIDA GRUPO AHORRO

Contenido

I. DEFINICIONES	3
II. CONDICIONES GENERALES	7
III. COBERTURAS	24
IV. EXCLUSIONES GENERALES	30
V. TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	33
VI. DATOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y CONDUSEF.....	46
ENDOSO DE INDISPUTABILIDAD	47
ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE CONSENTIMIENTO.....	48
ENDOSO DE SUICIDIO.....	49
ENDOSO DE LÍMITE DE EDAD.....	50
ENDOSO DE ACEPTACIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL	51
ENDOSO DE ADMINISTRACIÓN AUTOADMINISTRADA	52
ENDOSO DE ADMINISTRACIÓN A DECLARACIÓN.....	55
ENDOSO DE MOTOCICLISMO HERRAMIENTA DE TRABAJO	57
ENDOSO DE MOTOCICLISMO	58
ENDOSO DE DEPORTES EXTREMOS O PELIGROSOS.....	59
ENDOSO DE ACTIVIDAD DE ALTO RIESGO.....	60
ENDOSO DE AERONAVE PARTICULAR.....	61
ENDOSO DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	62
ENDOSO DE MODIFICATORIO	63
ENDOSO DE INTEGRACIÓN DE SUELDO PARA SUMA ASEGURADA.....	64
ENDOSO DE ELEGIBILIDAD	65
ENDOSO DESCUENTO DE CARGOS.....	66

I. DEFINICIONES

La Aseguradora

Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V., en adelante “La Aseguradora”.

Accidente

Acontecimiento ocurrido durante la vigencia estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o incluso la muerte del Asegurado de manera inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerará como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y/o el primer gasto médico, se realicen después de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en que ocurrió el hecho que les dio origen.

Asegurado

Es aquella persona física integrante del **Grupo Asegurado** que cumplen con los requisitos de elegibilidad, quien firma el consentimiento como miembro del **Grupo Asegurado** y que se encuentra amparado por los riesgos asegurados descritos en la Carátula de esta **Póliza y/o Certificado Individual**

Anquilosis

Para efectos de seguros se entenderá como Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

Beneficiario

Es la persona física o moral en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del **Seguro**, por haber sido designado para tal efecto por **El Asegurado** en términos del **Contrato de Seguro**.

El Asegurado podrá modificar en cualquier tiempo la designación de **Beneficiarios**, mediante notificación por escrito que deberá remitirse a **La Aseguradora** para la anotación correspondiente.

En el supuesto de que la notificación de que se trata no se reciba oportunamente y **La Aseguradora** pague el importe del **Seguro** al último **Beneficiario** del que haya tenido conocimiento, **El Asegurado** acepta y conviene que el pago se realizará sin responsabilidad alguna para ésta.

Certificado Individual

Documento que expide **La Aseguradora** por cada integrante del **Grupo Asegurado** donde se describen las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la Póliza. Todos los **Certificados Individuales** se entregan al **Contratante** quien a su vez los hará llegar a cada **Asegurado**, salvo pacto en contra establecido en Endoso correspondiente.

Consentimiento

Documento expedido por **La Aseguradora** y entregado a los **Asegurados** a través del **Contratante** o intermediario, mediante el cual **El Asegurado** acepta su inclusión al **Grupo Asegurado**, y además designa a sus **Beneficiarios**.

Contratante

La persona moral o física con la que se celebra el **Contrato de Seguro** se compromete a realizar el pago de las Primas y a recabar la información necesaria para el aseguramiento del grupo, así como el cumplimiento de las demás obligaciones que aquí se estipulan.

Contrato o Póliza de Seguro

Es el acuerdo de voluntades celebrado entre **La Aseguradora** y **El Contratante**, constituyendo parte del mismo la declaración del **Contratante** proporcionadas por escrito a **La Aseguradora** en la solicitud de seguro; así como los documentos entregados por **La Aseguradora** al **Contratante** y/o **Asegurados** como son carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual**, la Relación de integrantes, las condiciones generales, sus Endosos y en su caso, la solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique.

Culpa grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones. En ella, se omiten las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto

Endoso

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

Enfermedad

Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa en el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Dicha alteración debe ser sustentada mediante un diagnóstico de origen definitivo y estudios que lo corroboren. Se consideran como parte de la misma Enfermedad las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas.

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 del mismo. También se podrá hacer referencia de éste como **Siniestro**.

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

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa, dependencia o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del **Contrato de Seguro**, cuya edad esté comprendida dentro de los límites de aceptación fijados por **La Aseguradora**, y que habiendo firmado los consentimientos respectivos para ser asegurados queden inscritas en el Registro de **Asegurados** anexo a esta **Póliza**.

Grupo Asegurado

Lo constituyen todas las personas que, perteneciendo al **Grupo Asegurable**, han cumplido con los requisitos de elegibilidad que se establecen en la carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual**, que han llenado, firmado su consentimiento y entregado a **La Aseguradora** por conducto del **Contratante**, y quedaren inscritas en el registro de **Asegurados** anexo a esta **Póliza**.

Incapacidad Laboral

Se consideran aquellas limitaciones producidas por riesgos de trabajo derivadas de accidentes y/o enfermedades, a que están expuestos los **Asegurados** en ejercicio o con motivo de su trabajo.

Invalidez Parcial

Es la incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al **Asegurado** una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para su actividad, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, si durante la vigencia del **Certificado Individual** correspondiente, las facultades y aptitudes con que contaba **El Asegurado** se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o por la manifestación de una enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para procurarse mediante un trabajo habitual con una remuneración superior al 50% (cincuenta por ciento), de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo del **Asegurado** afectado.

Para los **Asegurados** que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la invalidez Total y Permanente, como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un accidente o enfermedad durante la vigencia del **Certificado Individual**, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo remunerado por el resto de su vida.

En caso de que **El Asegurado** no esté inscrito en alguna Institución de Seguridad Social bastará que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el mismo.

También será considerada como Invalidez Total y Permanente si **El Asegurado** sufre la pérdida irreparable, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo, la pérdida de ambas manos, ambos pies, una mano y un pie.

Cuando la enfermedad o accidente que provoque el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, solo podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Padecimiento o Enfermedad preexistente

Se considera padecimiento preexistente a la enfermedad cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del **Contrato de Seguro**. La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, mediante alguno de los siguientes supuestos:

- Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, y/o;
- Que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Cuando **La Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que **El Asegurado** haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al **Asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, y/o;
- Que previamente a la celebración del Contrato, **El Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Periodo de espera

Lapso ininterrumpido que debe de transcurrir a partir de la fecha de contratación de la **Póliza** y/o **Certificado Individual** por cada **Asegurado**, y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio contratado, a fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

Práctica amateur de deportes extremos

Aquellas actividades físicas de ocio con un componente deportivo que comparten una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o arriesgadas en las que se practican, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas. Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

Práctica profesional de deportes extremos

Aquellas actividades físicas por las cuales una persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas por lo cual se recibe una remuneración económica, o un patrocinio en especie o ambas con un componente deportivo que comparten una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o arriesgadas en las que se practican.

Prima

Es el costo anual del seguro mediante el cual **La Aseguradora** ofrece protección a los **Asegurados**, basado en la **Suma Asegurada** y la edad cumplida de cada uno al momento de la contratación de la **Póliza**.

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**, que se entrega o imprime en cada **Contrato de Seguro**.

Separación

Cesar el ejercicio laboral sin haber alcanzado la edad máxima para retiro, ya sea por despido, acuerdo mutuo o invalidez.

Siniestro

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.

Suma Asegurada

Será el 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 ocurrencia de un evento amparado en el **contrato de seguro**. Dicha cantidad se encuentra estipulada en la carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual** correspondiente.

Los incrementos o decrementos en la **Suma Asegurada** pactada, únicamente se efectuarán a petición escrita del **Contratante**, o cuando el límite de responsabilidad esté directamente relacionado con las percepciones salariales base de los **Asegurados**.

Suma Asegurada Máxima

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 la respuesta de cuestionarios especiales de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que **La Aseguradora** considere necesario para la selección de riesgo.

II. CONDICIONES GENERALES

1. Contrato o Póliza

Son testimonio de este contrato: La Solicitud del Seguro, la Póliza de Seguro de Grupo Vida, el Registro de **Asegurados** o Relación de Integrantes, los Consentimientos de Designación de **Beneficiarios**, los **Certificados Individuales**, Condiciones Generales, los Endosos, en su caso la Solicitud de requisitos de asegurabilidad que se aplique y los Recibos de pago, así como el folleto de los derechos básicos de los **Asegurados**.

*“Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la **Póliza**.”*

*Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones”. (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.*

2. Objeto 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 Asegurado**, por el riesgo de la cobertura básica y, en su caso, por los beneficios adicionales que se contraten, protección que se otorgará a partir de la fecha de inicio de vigencia consignado en la Carátula de la Póliza, **Certificado Individual** o endoso correspondiente.

El límite de las obligaciones de **La Aseguradora** será exclusivamente dentro de los términos y condiciones estipulados en esta **Póliza**, hasta por el monto de la **Suma Asegurada** contratada y el **Fondo de Ahorro** acumulado.

3. Vigencia de la Póliza

Es el periodo durante el cual el **Contrato de Seguro** tiene validez y 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.

Este **Contrato** estará vigente durante el período de seguro pactado que se especifica en la carátula de la **Póliza**. Entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la **Póliza** y vencerá en la fecha de término de vigencia. Para cada **Asegurado**, la vigencia se hará constar en el **Certificado Individual** correspondiente.

4. Plazo del Seguro

La cobertura del **Seguro** podrá ser menor o igual a un año, con renovación automática. Adicionalmente se constituye un fondo que se va acumulando durante la vigencia de la **Póliza**.

El inicio y fin de vigencia de la **Póliza** se especificará en la Carátula de la misma. El periodo comprendido entre el inicio y fin de vigencia será igual al Plazo del **Seguro**.

5. Beneficiarios

Los **Asegurados** 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** para la cobertura por **Fallecimiento** y **Gastos Funerarios**, y la cantidad correspondiente a la cobertura de **Fondo de Ahorro**, en su caso, conforme a lo establecido en este contrato.

En cualquier momento, **Los Asegurados** 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** comunicarla por escrito al **Beneficiario** y a **La Aseguradora**.

Cuando no haya **Beneficiario** designado la **Suma Asegurada** y **Fondo de Ahorro** se pagará a la sucesión del **Asegurado**.

La misma regla se observará, salvo pacto en contrario o designación irrevocable del **Beneficiario**, cuando éste llegare a fallecer antes que el **Asegurado** 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** 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 y Fondo de Ahorro.

6. Edad

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 en la carátula de la **Póliza**.

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 Individual respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de comprobación de edad posteriormente.

Si la edad declara 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 reserva de riesgos en curso del contrato 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 existente y la que habría sido necesaria para la edad real del **Asegurado** en el momento de la celebración del **Contrato**.
- 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**.

Los límites de edad para la contratación, renovación o cancelación se establecen en el apartado de cada cobertura. En caso de requerir edades fuera de dichos límites será necesario solicitarlo 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** se emitirá el Endoso respectivo.

7. 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 las mismas 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, contenidas en la Nota Técnica respectiva.**

Lo anterior de conformidad con el Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Es indispensable también que **El Contratante** solicite dicha renovación a más tardar 30 (treinta)

días anteriores a la terminación de vigencia del contrato anterior. Para lo cual **La Aseguradora**, en caso de que acepte llevar a cabo la renovación, notificará al **Contratante** el monto de la **Prima** correspondiente a la nueva vigencia, dentro de los 15 (quince) días siguientes a la solicitud.

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.

8. Terminación Anticipada del Contrato

La vigencia del **Contrato** es la estipulada en la carátula de la **Póliza** y para cada **Asegurado** la indicada en el **Certificado Individual**.

Se considerará cancelación o terminación por anticipado si se presenta algunos de los siguientes casos:

- i. **El Contratante** podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del **Contrato de Seguro** presentando una solicitud por escrito en las oficinas de **La Aseguradora** o por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación, con 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la fecha en que se desea dar por terminado.

Si el **Contratante** decide dar por terminado el contrato, **La Aseguradora** devolverá la **Prima Neta** pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la **Póliza** menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya suscitado ningún siniestro durante la vigencia transcurrida, más el **Fondo de Ahorro** de cada **Asegurado**.

La devolución de la prima se hará dentro de los 30 días siguientes a la terminación del contrato a la cuenta bancaria que el Contratante designe para tal efecto.

Para cada Asegurado:

- i. Se presenta la baja o separación definitiva de los Asegurados del **Grupo Asegurable** que forman parte de la **Póliza**.
- ii. 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**.

Al recibir el aviso de cancelación, **La Aseguradora**, después de identificar plenamente al **Contratante**, le proporcionará el número de folio de su cancelación, y le será sellado el aviso. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

9. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el **Contratante**, **La Aseguradora** mantendrá un registro de **Asegurados**, el cual contendrá los siguientes datos:

- Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo y edad de cada uno de los miembros del **Grupo Asegurado**,
- **Suma Asegurada** o regla para determinarla,
- Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del **Grupo Asegurado** y fecha de terminación de estos,

- Número del **Certificado Individual**,
- Coberturas amparadas.

10. Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de **Contratante**, **La Aseguradora** podrá rescindir **La Póliza** o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al **Grupo Asegurado**, 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 manera fehaciente al nuevo **Contratante**. **La Aseguradora** reembolsará a quienes hayan aportado **La Prima**, de manera proporcional, la **Prima** neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de la **Póliza**.

La **Prima** pagada y no devengada, se devolverá dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles después de haber recibido la solicitud de devolución a la cuenta bancaria designada para tal efecto.

11. Reconocimiento de Antigüedad

Se reconoce el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida que **El Asegurado** tuvo en una **Póliza de Seguro** de Vida Grupo, en esta o en otra Institución de Seguros, con el objeto de eliminar o reducir los Periodos de Espera de las coberturas o beneficios, siempre y cuando tales coberturas o beneficios hayan sido contratadas u otorgados en esta y en la **Póliza** anterior.

12. Moneda

Los pagos que realice **La Aseguradora** se efectuarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago, independientemente de la denominación del plan contratado.

Todos los pagos relativos a esta **Póliza** se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente al momento del pago.

13. Aspecto Fiscal o Impuestos

Los pagos que realice **La Aseguradora** a sus **Asegurados** o **Beneficiarios** estarán sujetos a las reglas de retención de impuestos que en su caso apliquen de acuerdo con las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

14. Primas

Prima total

La **Prima** total del seguro será la suma de las Primas que correspondan a cada uno de los **Asegurados** para el pago de las coberturas contratadas de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Pago de Primas

El Contratante será el único responsable ante **La Aseguradora** del pago de la totalidad de la **Prima**. Si los miembros del **Grupo Asegurado** contribuyen a dicho pago, **El Contratante** recibirá de ellos la porción de la **Prima** correspondiente.

Cuando un miembro del **Grupo Asegurado** no cubra al **Contratante** la parte de la **Prima** a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del seguro a **La Aseguradora**.

Las Primas convenidas se pagarán en las oficinas de **La Aseguradora** contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las **Primas** también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: transferencias electrónicas, depósito en cuenta, en las sucursales de las instituciones de crédito con quien **La Aseguradora** tenga convenio, entre otras que tenga operando **La Aseguradora**. El estado de cuenta bancario o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

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.

El Contratante tendrá como máximo un período de 30 (treinta) días naturales, conocido como período de gracia, contado a partir del inicio de vigencia del recibo correspondiente, para entregar el importe del total de la **Prima** o la fracción pactada.

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 del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a los 30 (treinta) días después de la fecha de vencimiento de La Prima no pagada.**

Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, **La Aseguradora** podrá deducir del importe del seguro, **La Prima Total** del **Grupo Asegurado** correspondiente a **La Prima** no pagada.

La Prima calculada para el período de **Seguro** es anual; sin embargo, podrá convenirse que **El Contratante** la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada. La forma de pago estipulada para el **Seguro** se señalará en la carátula de la **Póliza**.

Para efectos del pago fraccionado, se entenderá por pago inicial, al primer pago que realice el contratante al cual se le sumarán los gastos de expedición de la **Póliza** contratada; y pagos subsecuentes a aquellos que sobrevengan con posterioridad al pago inicial.

En caso de que la **Póliza** cese en sus efectos por falta de pago de las **Primas**, **El Contratante** podrá optar por proceso de rehabilitación, 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 de **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 la cláusula 23 Disputabilidad. El hecho de que **El Contratante** solicite la rehabilitación del **Contrato de Seguro** no obliga a que **La Aseguradora** acepte la misma.

El pago inicial de la prima incluye la primera parcialidad de la prima, los gastos de expedición y el IVA correspondiente. Los pagos subsecuentes solo incluyen la parcialidad de la prima que corresponda.

15. Criterios de Elegibilidad

Para que una persona sea considerada como integrante del **Grupo Asegurado** bajo la presente póliza, deberá cumplir con los siguientes requisitos de elegibilidad:

1. Relación con el Contratante: Ser trabajador, miembro o persona vinculada al Contratante de la póliza, conforme a la naturaleza del grupo (laboral, profesional, gremial, institucional, etc.).
2. Edad de ingreso: Tener una edad comprendida entre los límites mínimos y máximos establecidos en esta póliza al momento de su incorporación.
3. Condiciones de ingreso:
 - i. Contar con una relación activa con el **Contratante** al momento de ser propuesto para aseguramiento.
 - ii. Cumplir con el periodo mínimo de permanencia o antigüedad (en su caso) que el **Contratante** establezca para la adhesión este contrato.

El cumplimiento de estos requisitos será condición indispensable para la validez de la cobertura individual dentro del marco de la presente póliza de grupo.

16. Fondo de Ahorro

Se constituirá a partir de las **Primas** de ahorro depositadas tanto por **El Asegurado** como **El Contratante** en cualquier momento durante el plazo del seguro más los rendimientos reconocidos, deduciendo los cargos correspondientes a la prima y menos los retiros durante el plazo del Contrato de Seguro.

El cargo correspondiente que se descontará será por concepto administración cada mes durante el plazo del **Seguro** de la **Póliza** del **Fondo de Ahorro** será hasta un máximo del 20% de los intereses generados del fondo durante la vigencia del **Seguro**.

El **Fondo de Ahorro** se invertirá en apego a las reglas de inversión determinadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Este contrato no garantiza una tasa de rendimiento.

17. Detalle del movimiento

Es la información detallada de retiros, rendimientos, cargos y aportaciones al **Fondo de Ahorro** que se encuentra señalado en el estado de cuenta.

18. Extinción de las Obligaciones de La Aseguradora

*"El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa **Aseguradora**, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato"* (Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10o de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro". (Artículo 47 de la

Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior". (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

19. 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 de los artículos 65, 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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.

20. 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 Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a **La Aseguradora** la **Prima** que corresponda, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

21. Modificaciones y Notificaciones

Toda comunicación entre **La Aseguradora**, el **Contratante**, el **Asegurado** y/o el **Beneficiario** deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la carátula de **Póliza**. En los casos en que el domicilio de **La Aseguradora** llegare a ser diferente del que conste en la carátula de la **Póliza**, **La Aseguradora** deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

El Contratante y el Asegurado deberán notificar por escrito a **La Aseguradora** cualquier cambio de domicilio señalado en carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual** durante la vigencia correspondiente.

Las notificaciones que **La Aseguradora** haga al **Contratante** y/o **Asegurado** se dirigirán al último domicilio que éstos hayan proporcionado por escrito a **La Aseguradora**.

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

Las condiciones de esta **Póliza** y sus Endosos respectivos solo tendrán validez y podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre **El Asegurado** y **La Aseguradora** y éstas se hagan constar mediante Endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, 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.

22. Carencia de Restricciones

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

23. Disputabilidad

El contrato durante 2 (dos) años de vigencia continua e ininterrumpida, siempre será disputable a partir de la fecha en la **Aseguradora** aceptó la contratación de este contrato. 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 alguna cobertura adicional o 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 de la cobertura adicional o incremento en la **Suma Asegurada**.

Este contrato será disputable, durante el plazo que se indique para cada **Asegurado** que haya sido de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo de acuerdo con lo señalado por el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, por Omisiones o Inexactas Declaraciones contenidas en:

- La solicitud del Seguro.
- Consentimiento.
- Solicitud de requisitos, cuando aplique.
- El resto de los documentos que formen parte de este Contrato de Seguro.

24. Comisión

Durante la vigencia de la **Póliza**, **El Contratante** 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.

25. Prelación

En caso de existir condiciones particulares pactadas en **La Póliza**, éstas tendrán prelación sobre las condiciones generales en cuanto se opongan.

26. Dividendos

Este contrato no otorga dividendos

27. 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.

28. Movimientos de Asegurados

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 Asegurado** 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 Asegurado**.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su alta al **Grupo Asegurado** 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 Asegurado** será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la CNSF.

Las personas que se separen definitivamente del **Grupo Asegurado** dejarán de estar aseguradas desde el momento de su baja o 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.

La Prima pagada y no devengada señalada en el párrafo anterior, será devuelta dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la baja del integrante a la cuenta bancaria designada para tal efecto.

29. Reporte de Movimientos

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, de acuerdo con la forma de administración de **La Póliza** convenida.

30. Solicitud

El formato de solicitud que proporcione **La Aseguradora** para celebrar el contrato de **Seguro** debe comprender la siguiente información:

- Operación de seguro de que se trata y naturaleza de los riesgos por asegurar;
- Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro;
- Características particulares o especiales del grupo que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante;
- Sumas aseguradas para los integrantes del grupo o regla para determinarlas;
- Participación con la que, en su caso, los integrantes del grupo contribuyente al pago de la prima;

- f) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos;
- g) Expresar si el objeto del **Contrato de Seguro** es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo contratante.

31. Siniestros

Procedimiento en caso de siniestro

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 Aseguradora**.

Conforme al artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **El Asegurado** o **El Beneficiario** gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso, que deberá ser por escrito, si en **El contrato** no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

El Asegurado o **Beneficiario** deberá comprobar la procedencia de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, **La Aseguradora** tendrá derecho de exigirle toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con el fin de determinar las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Documentos para Reclamación de siniestros:

La indemnización establecida para cada Cobertura se concederá únicamente si se presenta a **La Aseguradora** la documentación necesaria a través de la cual se acredite el derecho a reclamación del **Asegurado** o **Beneficiario** al materializarse el evento **Asegurado** dentro de la vigencia de la **Póliza** y del **Certificado Individual** correspondiente.

La documentación que deberá presentarse a La Aseguradora para reclamar la cobertura de fallecimiento será:

Documentos del Asegurado:

1. Consentimiento debidamente requisitado y firmado por **El Asegurado** o **Certificado Individual** del seguro de grupo, si se encontrara en poder del **Beneficiario**.
2. Copia certificada ante registro civil del acta de defunción del **Asegurado**,
3. Copia simple legible de una identificación oficial vigente del **Asegurado** (credencial para votar, cédula profesional, pasaporte) con fotografía y firma si estuviere en poder del **Beneficiario**,
4. Copia simple del comprobante oficial que incluya los elementos necesarios que permita calcular la **Suma Asegurada** en caso de que ésta se encuentre en función de regla para su cálculo y **Fondo de Ahorro**; como ejemplo último comprobante de pago de salario o sueldo, si se encontrara en poder del Beneficiario,
5. CURP o RFC con Homoclave, si se encontrara en poder del beneficiario.

Documentos del (los) beneficiario(s):

1. Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada y firmada, formato que es entregado por La Aseguradora,
2. Copia simple legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma (copia de la credencial para votar, cédula profesional, pasaporte),

3. Copia certificada ante el registro civil del acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario o documento oficial que permita comprobar el parentesco,
4. Copia certificada ante registro civil del Acta de nacimiento original de cada Beneficiario, en caso de que éstos fueran los hijos del Asegurado.
5. CURP o RFC con Homoclave,
6. Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a 3 meses.
7. Copia del Estado de Cuenta bancario de los Beneficiarios con vigencia no mayor a tres meses, y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
8. Formato Art. 492 de la LISF para personas físicas (proporcionado por La Aseguradora).
9. Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por La Aseguradora).

Cuando no exista **Beneficiario** designado o si sólo se hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que **El Asegurado** y no exista designación de otro **Beneficiario**, el importe del **Seguro** se pagará a la sucesión del **Asegurado**.

En caso de que **El Asegurado** no haya requisitado el formato de la Designación de Beneficiarios o no haya realizado testamento y no exista de por medio el trámite de un Juicio Sucesorio de los bienes del **Asegurado** se podrá pagar la **Suma Asegurada y Fondo de Ahorro** que corresponda, si ésta no excede de un importe de 400 unidades de medida y actualización mensual vigentes, (UMAM) a la fecha del siniestro, se considerarán **Beneficiarios, en primer lugar a su cónyuge o concubino, en caso de existir, a los hijos por partes iguales, en caso de no tener hijos, a sus padres por partes iguales.** para tal efecto deberán presentar, además de los documentos arriba señalados, el acta de matrimonio actualizada, actas de nacimiento, presentación de dos testigos e identificaciones oficiales con fotografía.

“Artículo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Pago de la Indemnización

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas al **Asegurado** y/o **Beneficiario(s)** designado(s), según corresponda. **La Aseguradora** pagará cualquier indemnización que corresponda en el transcurso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento del siniestro, mismos que se establecen en el apartado de la cobertura a reclamar.

El reclamante presentará a su costa a **La Aseguradora**, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

La Aseguradora pagará la **Suma Asegurada** y/o el **Fondo de Ahorro** acumulado en una sola exhibición a efecto de realizar el pago correspondiente, **El Asegurado** o **Beneficiario** se obligan a entregar la documentación de acuerdo con el apartado de Documentos para Reclamación de siniestros.

Nota: Cuando existen incongruencias en los documentos presentados es necesario solventar esas inconsistencias y acreditar las mismas con los documentos adicionales en copia certificada que cumplan con los requisitos legales, y que sean emitidos por las instituciones que correspondan; y en casos especiales cuando aplique: juicio de sucesión testamentaria, tutoría de Beneficiarios menores de edad, acreditación de concubinato, etc.

El crédito que resulte del **Contrato de Seguro** vencerá 30 (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, de conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier adeudo derivado del **Contrato de Seguro** que no haya sido pagado, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la **Suma Asegurada** que aparece en la Póliza y/o en el **Certificado Individual** no concuerda con la regla para determinarla, **La Aseguradora** pagará la **Suma Asegurada** que corresponda, aplicando la regla en vigor más el Fondo de Ahorro. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, **La Aseguradora**, por su propio derecho, o a solicitud del **Contratante**, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el **Certificado Individual**.

En uno u otro caso deberá ajustarse **La Prima** respectiva a la nueva **Suma Asegurada** desde la fecha en que se operó el cambio.

La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del **Contratante**, del **Asegurado** o de sus **Beneficiarios** para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a **La Aseguradora** de cualquier obligación.

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

Pagos indebidos

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

Indemnización por mora

En caso de que **La Aseguradora**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, y no cumpla con la obligación de pagar la **Suma Asegurada y Fondo de Ahorro** dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que **La Aseguradora** haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la **Ley Sobre el Contrato de Seguro**, se obliga a pagar al **Asegurado** o **Beneficiario** según corresponda un interés moratorio calculado de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

32. Entrega de Información

La Aseguradora está obligada a entregar al **Asegurado** o **Contratante** la siguiente información y documentación:

- a) El número de **Póliza** o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación de este;
- c) La dirección de la página electrónica en Internet de **La Aseguradora**, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;

- d) Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de **La Aseguradora**;
- e) Los datos de la Unidad Especializada de **La Aseguradora**.
- f) Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

La Aseguradora enviará al **Asegurado** la **Póliza** y sus Condiciones Generales mediante el medio seleccionado y elegido por **El Asegurado** en la solicitud del seguro.

33. 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 Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, C.P. 11000, 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 sí 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.

Asimismo, 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.

34. Cláusula de Arbitraje Médico

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos o Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su Reclamación por parte de **La Aseguradora**, solicitar por escrito a **La Aseguradora**, la designación de un Médico independiente, con especialidad en el área de medicina a la que le corresponde tratar la Enfermedad Preexistente, quien fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y **La Aseguradora**, para que éste a través de un arbitraje privado, determine si los gastos médicos o estado de invalidez que motivan la Reclamación del **Asegurado** derivan o no de un padecimiento o Enfermedad Preexistente. **La Aseguradora** acepta que si el **Asegurado** acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo con el procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por **La Aseguradora**.

35. Cláusula de Actividades Ilícitas

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) 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(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, 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 si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza 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 alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **La Aseguradora** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante(s)**, Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Aseguradora consignará 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.

36. Agravación de Riesgo

Las obligaciones de La Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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.

37. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a **La Aseguradora**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del **Contrato de Seguro**.

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del **Asegurado**, por lo tanto, el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

Esta obligación también es aplicable a los **Asegurados** que se incorporen al Grupo Asegurado con posterioridad al inicio de Vigencia de la Póliza y no hayan firmado su Consentimiento dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su ingreso, o bien, a aquellos cuya **Suma Asegurada** sea mayor a la máxima individual sin requisitos.

La omisión o inexacta declaración de los hechos 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

III. COBERTURAS

COBERTURA BÁSICA

Cobertura básica por fallecimiento

Descripción de la cobertura

Si durante la vigencia del **Certificado Individual**, ocurre el fallecimiento del **Asegurado**, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** designados, la **Suma Asegurada** pactada y determinada en el **Certificado Individual** correspondiente para esta cobertura, más el **Fondo de Ahorro** acumulado a la fecha del fallecimiento.

Si **El Asegurado** sobrevive al término del plazo, esta cobertura concluirá sin obligación para **La Aseguradora**.

Terminación de la cobertura contratada

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de **La Aseguradora**, cuando el Asegurado se encuentra fuera de los límites de edad señalados para esta cobertura o cuando deje de pertenecer al Grupo Asegurado.

COBERTURAS ADICIONALES

La Cobertura Adicional siguiente será cubierta únicamente a petición expresa del Contratante sin costo de prima adicional según se estipule en los Certificados Individuales.

De estar contratada esta cobertura se encontrará estipulada en los Certificados Individuales o en Endosos correspondientes que se encuentren vigentes:

COBERTURA ADICIONAL SIN COSTO DE PRIMA

1. Cobertura de Anticipo por Enfermedades Terminales

La Aseguradora pagará el anticipo por concepto de “Anticipo por Enfermedades Terminales” sin costo adicional, siempre y cuando se haya solicitado de manera expresa por el Contratante la presente cobertura adicional y se encuentren como amparadas en el Certificado Individual y una vez transcurrido el periodo de espera correspondiente, y si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado es diagnosticado o sufre alguna de las Enfermedades Terminales que más adelante se detallan, apegándose a los siguientes lineamientos:

Descripción de la cobertura

Esta cobertura aplica sólo si se solicita de manera expresa por **El Contratante** y así aparece indicado en la Caratula de la **Póliza** y en el **Certificado Individual** correspondiente.

La Aseguradora otorgará hasta el porcentaje de la **Suma Asegurada** de la cobertura básica por fallecimiento establecido en el Certificado Individual como anticipo, en caso de que **El Asegurado** se vea afectado y presente una de las siguientes enfermedades terminales:

- Accidente Vascular Cerebral,
- Cáncer,
- Insuficiencia cardíaca,
- Insuficiencia hepática crónica,
- Insuficiencia renal crónica,
- Insuficiencia respiratoria crónica.

Y a consecuencia de ello, le sea diagnosticado un estado de salud terminal.

Para el otorgamiento de esta cobertura, se debe acreditar que **El Asegurado** padece un estado de salud terminal, si al diagnosticarle alguna de las enfermedades terminales señaladas en el párrafo anterior, se demuestre ser progresiva e incurable y se pronostique la muerte del dentro de un lapso no mayor a los 12 (doce) meses contados a partir de la fecha del diagnóstico correspondiente, el cual deberá ser realizado por un médico especialista legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión o por el Instituto de Seguridad Social del que el Asegurado sea derechohabiente.

El pago del Anticipo por Enfermedad Terminal no implica la aceptación y procedencia del pago remanente de la Suma Asegurada por Fallecimiento.

En caso de que, con anterioridad al pago de la cobertura de fallecimiento la Compañía haya pagado el beneficio de Anticipo por enfermedades terminales, procederá a descontar de la suma asegurada por fallecimiento la cantidad ya cubierta y pagará el resto a los beneficiarios designados.

Terminación de la cobertura contratada

Al momento de proceder el pago Anticipo del porcentaje de la **Suma Asegurada** por enfermedades terminales, se verá reducido el monto de cobertura por fallecimiento en la misma proporción del anticipo.

COBERTURA ADICIONALES CON COSTO DE PRIMA

Las coberturas adicionales siguientes podrán ser contratadas bajo convenio expreso en adición a la cobertura básica, mediante el cobro de **Prima** adicional por cada cobertura contratada.

De estar contratadas, estas coberturas se encontrarán estipuladas en los Certificados Individuales o en Endosos correspondientes que se encuentren vigentes:

2. Cobertura por invalidez Total y Permanente

Descripción de la cobertura

Si se produce y/o sufre la Invalidez Total y Permanentemente del **Asegurado** a causa de un accidente o enfermedad dentro de la vigencia de esta cobertura, independientemente de las demás coberturas adicionales contratadas, **La Aseguradora** pagará al **Asegurado** por una sola ocasión, la **Suma Asegurada** pactada para esta cobertura, misma que aparecerá determinada en el **Certificado Individual del Asegurado** más el **Fondo de Ahorro** cuando se haya contratado la cobertura, en caso de recibir las pruebas que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de Invalidez Total y Permanente.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanentemente, como la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido, o cuando **El Asegurado** se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente.

Se considera también como Invalidez Total y Permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable, en caso de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida por separación completa o anquilosamiento de una mano conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo o la pérdida por separación completa o anquilosamiento de un pie conjuntamente con la pérdida de la vista de un ojo, la pérdida de ambas manos, ambos pies, una mano y un pie.

En los casos de Invalidez Total y Permanente, la fecha de siniestro será la fecha de inicio establecida en el dictamen médico de invalidez total y permanente expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Institución de Seguridad Social de la que **el Asegurado** sea derechohabiente en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta **El Asegurado**, de acuerdo a la Ley de Seguridad Social que aplique; en los casos en los cuales un **Asegurado** no se encuentre afiliado a alguna institución de seguridad social como IMSS o ISSSTE, la fecha del siniestro será la fecha de inicio establecida a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en la materia dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, en este caso se deberá presentar el formato de reclamación de siniestro que le entregue **La Aseguradora**, llenado por el médico que dictaminó la invalidez anexando los documentos probatorios del estado de invalidez total y.

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:

- a. Fecha de inicio del padecimiento que incluya su descripción clínica o si es riesgo de trabajo, la fecha de inicio del riesgo de trabajo, así como fecha de su calificación, así como el historial clínico del mismo médico especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual;
- b. Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el diagnóstico, (resultados de laboratorio, gabinete, etc.);
- c. Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;
- d. Indicar las secuelas irreversibles incapacitantes valuadas conforme al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente;
- e. Nombre, firma y cédula profesional del médico especialista autorizado, y nombre, firma y cédula profesional del médico especialista tratante, así como lugar y fecha de la realización del dictamen.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura La Aseguradora tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del requerimiento, que su Invalidez Total y Permanente continúa.

En caso de que La Aseguradora determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista médico en medicina del trabajo.

Esta cobertura tendrá un periodo de espera de 90 (noventa) días contados a partir de la fecha de alta de cualquier asegurado al Grupo Asegurado, salvo pacto en contra, mismo que deberá estar especificado en el Endoso correspondiente. No operará el periodo de espera en caso de que la Invalidez total y Permanente sea a consecuencia de un Accidente.

Terminación de la cobertura contratada

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de La Aseguradora, cuando La Aseguradora haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura o en el aniversario de La Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

Documentos para Reclamar la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente

Para el pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y/o Permanente del Asegurado, adicionalmente a lo establecido para la cobertura de Fallecimiento se deberá entregar a La Aseguradora la documentación siguiente:

- Constancia del dictamen de Invalidez Total y/o Permanente legible, expedida por el médico autorizado o Institución de Seguridad Social a la cual se encuentre afiliado el asegurado, (ISSSTE, PEMEX); en caso de que el Asegurado NO sea derechohabiente de ninguna Institución del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Médico Gubernamental, etc.), deberá presentar el formato proporcionado por La Aseguradora, anexando los documentos (resultados de laboratorio, gabinete, etc.) probatorios del estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico del mismo especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual.
- Solicitud de pago del Asegurado, la cual será proporcionado por la Aseguradora;

En caso de que el Asegurado sufra la invalidez con motivo de un accidente y se haya levantado el acta ante el ministerio público, o bien acta de hechos, deberá presentarse ésta, como complemento a la documentación que se integre para la reclamación ante La Aseguradora, con la finalidad de conocer las circunstancias de este.

Para el inicio de la Invalidez se tomará la fecha que se señale en el dictamen; y sólo se indemnizarán los siniestros por Invalidez Total y Permanente cuyo inicio se encuentre dentro de la vigencia de la Póliza.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a La Aseguradora no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, La Aseguradora se reserva el derecho para solicitar en casos excepcionales documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3. Cobertura de Gastos Funerarios

Descripción de la cobertura

Por medio de esta cobertura, La Aseguradora pagará por única ocasión, la Suma Asegurada

establecida en la carátula de la **Póliza y Certificado Individual** al(los) **Beneficiario(s)** que presenten los comprobantes fiscales de los Gastos Funerarios relativos al Asegurado hasta por la **Suma Asegurada** contratada siempre y cuando, el fallecimiento del **Asegurado** ocurra durante la vigencia del **Certificado Individual**.

Terminación de la cobertura contratada

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

Documentos para reclamación de la cobertura adicional de Gastos Funerarios:

Por concepto de Gastos Funerarios, los Beneficiarios que tengan derecho al citado pago, entregar adicionalmente a lo establecido para la cobertura de Fallecimiento, se deberá presentar lo siguiente:

- La factura o comprobante de los Gastos Funerarios erogados con los requisitos fiscales en formato PDF y XLM.
- En el apartado de concepto de la factura deberá contar que el servicio cubierto corresponde a nombre de Asegurado.

No obstante, lo anterior, si de los documentos entregados a **La Aseguradora** no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, **La Aseguradora** se reserva el derecho para solicitar en casos excepcionales documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4. Cobertura Fondo de Ahorro

Descripción de la cobertura

En caso de que **El Asegurado** llegara fallecer o deja de pertenecer al **Grupo Asegurado**, **La Aseguradora** liquidará en una sola exhibición, el importe del **Fondo de Ahorro** acumulado a la fecha establecida como fallecimiento o la baja del Grupo Asegurado, quedando extinguida toda responsabilidad que **La Aseguradora** tuviera en relación con la **Póliza**.

En caso de que ocurra el Fallecimiento del **Asegurado**, **La Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** el importe acumulado del fondo correspondiente más intereses reconocidos. En cualquier momento dentro de la vigencia de la **Póliza**, el **Asegurado** tiene derecho a solicitar el retiro total o parcial del fondo acumulado.

Ambos tipos de retiros se deberán realizar mediante solicitud expresa y por escrito del Asegurado. Y para retiro parcial con un máximo del 50% del fondo individual acumulado.

El monto del retiro será deducido del saldo final que tenga constituido el Fondo de Ahorro a la fecha que solicite el retiro.

Se retendrá los impuestos que en su caso correspondan de conformidad con las leyes fiscales vigentes a la fecha del retiro.

Prima

Todas las aportaciones que el **Contratante** y/o **Asegurado** realicen por concepto de **Primas de Ahorro**, se destinan al fondo deduciendo las **Primas** por fallecimiento y coberturas adicionales que se hayan contratado. El fondo acumulado es la reserva matemática.

Rescates

Durante la vigencia de la póliza y de su **Certificado Individual**, el **Asegurado** puede en el momento en que así lo desee, hacer retiros parciales de su fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deduce del fondo constituido. **El Asegurado** puede hacer diversos retiros al año, de acuerdo con las políticas vigentes de La **Aseguradora**, que se den a conocer a través de los estados de cuenta que emita la Aseguradora.

La **Aseguradora** pagará al **Asegurado** dentro de los 20 (veinte) días hábiles siguientes al mismo en que le entregue la respectiva solicitud, el monto que tenga derecho por concepto de rescate.

Estados de cuenta

La **Aseguradora** enviará de manera trimestral por medios electrónicos, un estado de cuenta a cada **Asegurado**, a través del **Contratante**, el cual contendrá los movimientos operados mensualmente en el período que se trate, que comprenda la tasa de interés de estos períodos, el importe de los rendimientos y el monto de su **Fondo de Ahorro** a la fecha de corte, siempre y cuando La **Aseguradora** reciba oportunamente del **Contratante**, la información que le permita individualizar la cuenta del **Asegurado** de que se trate.

El Asegurado dispondrá del término de 30 (treinta) días naturales contados a partir del mismo día de que reciba el mencionado estado de cuenta, para solicitar cualquier rectificación de este, transcurrido dicho término salvo prueba en contrario se considerará aceptada la información contenida en el estado de cuenta.

Baja de la colectividad asegurada

Al separarse **El Asegurado** del servicio a favor del **Contratante**, automáticamente causará baja del Grupo Asegurado, independientemente del motivo de la separación.

EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACIÓN

Las edades de aceptación y de cancelación, por cobertura son las siguientes:

COBERTURA	EDAD MINIMA	EDAD MÁXIMA	EDAD DE CANCELACIÓN
Fallecimiento	18 años	69 años	99 años
Anticipo de Enfermedades Terminales	18 años	69 años	70 años
Invalidez Total y Permanente	18 años	64 años	65 años
Gastos Funerarios	18 años	69 años	99 años
Fondo de Ahorro	18 años	69 años	99 años

La cancelación del Consentimiento / Certificado Individual procederá en el aniversario de la póliza inmediato posterior en que el **Asegurado** haya cumplido la edad de cancelación referida en cada cobertura.

Estas edades se pueden modificar mediante la contratación del endoso correspondiente de Límites de edad en caso de ser requerido.

IV. EXCLUSIONES GENERALES

EXCLUSIONES PARA COBERTURA BÁSICA

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se origine como consecuencia de:

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

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

EXCLUSIONES PARA COBERTURAS ADICIONALES POR CAUSA DE INVALIDEZ

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la invalidez total se origine como consecuencia de:

- a) Lesiones ocasionadas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador,
- b) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o manifestaciones en las que participe directamente el Asegurado,
- c) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado en forma voluntaria como sujeto activo,
- d) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa),
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave privada, y en todos los tipos de servicios aéreos tales como aerotaxis, aviones de recreo, planeadores entre otros, siempre que los vuelos que se efectúen excedan de 100 horas anuales. La presente exclusión no aplica cuando el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, excepto si se contrata mediante el Endoso correspondiente,
- f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado,

- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, excepto si se contrata mediante el Endoso correspondiente,**
- h) Lesiones o Accidentes relacionados con la práctica amateur o profesional de deportes extremos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia o lesiones sufridas en vehículos motorizados como motocicletas, cuatrimotos, motonetas u otras actividades deportivas igualmente peligrosas, excepto si se contrata mediante el Endoso correspondiente,**
- i) Estados de Invalidez Parciales o Incapacidades Laborales que se hayan presentado en los últimos seis meses antes del alta del Certificado Individual o que se haya dictaminado una Invalidez Permanente antes de la Fecha de Alta del Certificado Individual.**
- j) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro,**
- k) Lesiones por radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de éstas,**
- l) Lesiones por cualquier alteración psicológica,**
- m) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA),**
- n) Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de un Accidente que resulte por Culpa Grave de éste, al encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas sustancias se determinará mediante estudio toxicológico o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El solo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará Culpa Grave.**
- o) Los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza, y en su caso, los padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.**
- p) Inhalación de gas de cualquier tipo, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**

- q) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre y cuando sea provocado intencionalmente por el Asegurado.**
- r) **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión ocasionada por un accidente.**
- s) **Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.**

Certificados individuales

La Aseguradora expedirá y enviará al **Contratante**, para que éste los entregue a los **Asegurados**, **Certificados Individuales** que expresarán los siguientes datos:

- 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 Individual**;
- 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 Individual**;
- 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. La transcripción que corresponda del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo, y;
- j. En el caso de los seguros de Grupo 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 Individuales** de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al **Contratante** los **Certificados Individuales** para su entrega a los **Asegurados**, o;
- b) 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.

V. TRANSCRIPCIÓN DE PRECEPTOS LEGALES LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

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

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el Contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por 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.- 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 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no 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,

habe 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 del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.- El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

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

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

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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

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

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

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 del mismo.

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 la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

- VII) En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII) En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX) La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X) Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

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, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la **Suma Asegurada** y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

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 con 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.

VI. 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 Blvd. Manuel Ávila Camacho 32, Piso 8, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México, Horarios de atención: Lunes a Jueves de 9:00 am a 14:00 hrs. y de 15:30 hrs. a 18:00 hrs., Viernes de 9:00 am a 16:00 hrs.

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

“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 01 de junio de 2026, con el número CNSF-S0069-0034-2026/ CONDUSEF-007253-01.”