

Seguro de Vida Grupo Deudores

CHUBB®

Contenido

Disposiciones Particulares	4
Cláusula 1 ^a . Definiciones	4
Cláusula 2 ^a . Coberturas Básicas	8
Cláusula 3 ^a . Coberturas Adicionales	13
Cláusula 4 ^a . Edades	20
Cláusula 5 ^a . Procedimiento en Caso de Siniestro	21
Cláusula 6 ^a . Cancelación	22
Cláusula 7 ^a . Residencia y Límite Territorial	22
Disposiciones Generales	22
Cláusula 1 ^a . Prima	22
Cláusula 2 ^a . Vigencia	23
Cláusula 3 ^a . Competencia	23
Cláusula 4 ^a . Comunicaciones y Notificaciones	24
Cláusula 5 ^a . Moneda	24
Cláusula 6 ^a . Renovación	24
Cláusula 7 ^a . Prescripción	24
Cláusula 8 ^a . Modificaciones	25
Cláusula 9 ^a . Contratación del Uso de Medios Electrónicos	25
Cláusula 10 ^a . Agravación del Riesgo	25

Cláusula 11^a. Comisiones o Compensaciones a
Intermediarios Personas Morales

27

Cláusula 12^a. Entrega de documentación
contractual para el caso de celebración de
contrato por internet o por conducto de prestador
de servicios al que se refieren los artículos
102 y 103 de la Ley de Instituciones de
Seguros y de Fianzas

27

Cláusula 13^a. Artículo 25 de la Ley Sobre el
Contrato de Seguro

28

Cláusula 14^a. Beneficiarios

28

Cláusula 15^a. Obligaciones del Contratante

29

Cláusula 16^a. Derechos de los Asegurados

29

Cláusula 17^a. Registro de Asegurados

30

Cláusula 18^a. Expediente

30

Cláusula 19^a. Administración y Acceso a
la Información

31

Cláusula 20^a. Ingreso o Altas

30

Cláusula 21^a. Bajas

31

Cláusula 22^a. Dividendos

31

Invitación a Consultar el RECAS

31

Aviso de Privacidad Corto

31

Anexo de Referencias Legales

32

Folletos de los Derechos Básicos de los Contratantes,
Asegurados y Beneficiarios (Vida)

43

Consentimiento para la Entrega de la
Documentación Contractual

44

Cláusula General de Designación de Beneficiarios

45

Seguro de Vida Grupo Deudores

Con la contratación de este seguro, La Compañía se obliga a cubrir la Suma Asegurada prevista en el mismo, siempre que el Consentimiento/Certificado Individual respectivo se encuentre vigente al momento de la ocurrencia del evento amparado por este seguro, con las delimitaciones y exclusiones aquí contenidas.

Disposiciones Particulares

Cláusula 1^a. Definiciones

Para los efectos del presente Contrato de Seguro, los siguientes términos tienen el significado que se les atribuye a continuación, pudiendo ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Accidente: Significa todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, 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.**

Acreditado: Es la persona física a la cual el Contratante le ha otorgado un crédito y que es responsable de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del crédito otorgado.

Asegurado: Significa cada Acreditado que forme parte del grupo asegurado (Grupo Deudor).

Beneficiario: Significa la persona designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual que tiene derecho a la indemnización respectiva derivada de este Contrato de Seguro.

Respecto del Saldo Insoluto, el Beneficiario preferente e irrevocable será el Contratante como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado. En caso de que existiere una cantidad remanente y una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, el remanente será pagado al propio Asegurado o, a falta del Asegurado, a sus Beneficiarios.

Para las coberturas adicionales de Gastos Funerarios, Muerte Accidental y de Graves Enfermedades, la Suma Asegurada contratada será pagada a las personas designadas por el Asegurado en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

Consentimiento/Certificado Individual: Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, en términos de lo establecido en el artículo 16 del Reglamento.

Compañía: Significa Chubb Seguros México, S.A.

Consentimiento: Significa el documento mediante el cual los Acreditados hacen constar su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado.

Contratante: Significa la persona que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro, a efecto de garantizar el pago de Saldo Insoluto del Crédito que el Contratante ha otorgado a favor de los Acreditados. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro por terceras personas, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas (salvo que se disponga algo contrario en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo), a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación del Contrato de Seguro. Para efectos de este Contrato de Seguro, el Contratante será considerado como Beneficiario preferente e irrevocable hasta por el Saldo Insoluto del Crédito otorgado a favor de los Asegurados.

Contrato de Crédito: Significa el contrato celebrado entre el Contratante y cada Acreditado, que establece los términos y condiciones bajo los cuales el Contratante ha otorgado un Crédito a favor del Acreditado.

Contrato de Seguro: Significa estas condiciones generales, la Carátula de la Póliza, los Consentimientos/Certificados Individuales, los Consentimientos, beneficios y cláusulas adicionales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

Crédito: Significa la cantidad adeudada por el Asegurado al Contratante, puesta a disposición del Asegurado en razón del Contrato de Crédito, cuya forma de pago es invariablemente en parcialidades y fijas.

Culpa Grave: Significa la realización del evento cubierto por este seguro, a consecuencia de cualquier acción u omisión llevado a cabo por el Asegurado de forma negligente o impudente y/o en incumplimiento al deber mínimo de cuidado y/o con interés de producir el daño.

Endoso: Documento generado por la Aseguradora, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del Contrato de Seguro, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad: Significa toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedad Preexistente: Significa aquellas Enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:

- A. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación del seguro o de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- B. En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual respectivo o del inicio de cobertura.
- C. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una Enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos no pudieran pasar desapercibidos, será que un médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para detección y/o tratamiento de la Enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato de Seguro.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- i. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- ii. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con las Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y a sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un médico especialista certificado por el Consejo de la especialidad médica correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes al momento de acudir solicitarlo. Las partes deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

El laudo emitido en el por arbitraje 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 Compañía.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

Grupo Asegurado o Grupo Deudor: Significa las personas que cuenten con un Crédito otorgado a su favor por el Contratante, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y que otorguen su consentimiento para formar parte del mismo.

Invalidez Total y Permanente: Significa la pérdida total y permanente de facultades o aptitudes del Asegurado, que impida a este desempeñar por el resto de su vida, cualquier trabajo u ocupación remunerados, compatibles con sus conocimientos o aptitudes, y consecuentemente, no esté en posibilidades de percibir la totalidad de los ingresos económicos que percibía antes del estado de Invalidez Total y Permanente.

Para que la invalidez se considere como total y permanente, el Asegurado deberá permanecer en dicho estado, de manera continua e ininterrumpida, por un Periodo de Espera de tres (3) o de seis (6) meses (según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual correspondiente); el referido periodo se contará a partir de la fecha en que se haya dictaminado la Invalidez Total y Permanente por una institución o un médico especialista en medicina del trabajo y que la invalidez esté debidamente sustentada.

Se considerará estado de Invalidez Total y Permanente sin que opere este periodo, los siguientes eventos:

- La pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos.
- La pérdida de ambas manos, ambos pies, o de una mano y un pie.
- La pérdida de una mano en conjunto con la vista de un ojo.
- La pérdida de un pie en conjunto con la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

En caso de que el Accidente o la Enfermedad que provoque 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.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante el Periodo de Espera, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado Pruebas, Documentos para Comprobar la Invalidez Total y Permanente y Documentos para la Comprobación del Siniestro de estas condiciones generales, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Periodo de Espera: Para la cobertura de **Invalidez Total y Permanente**, significa el lapso de tiempo en el que el Asegurado deberá mantenerse en estado de Invalidez Total y Permanente, una vez determinado o diagnosticado dicho estado, para tener derecho a la indemnización respectiva en caso de ser procedente. El Periodo de Espera aplicable, será el establecido en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

Para la cobertura de **Graves Enfermedades**, significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Enfermedades Graves. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Enfermedades Graves es de 90 (noventa) días.

Práctica Profesional de Cualquier Deporte: Se refiere a aquella actividad desarrollada por una persona que se dedica voluntaria y habitualmente a una disciplina / actividad deportiva a cambio de una retribución económica dentro de una organización privada o pública, formando parte de su modus vivendi - forma de vida.

Prima: Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante y/o el Asegurado (de conformidad con lo establecido en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual) a la Compañía en la forma y términos convenidos para tener derecho a las coberturas amparadas por este Contrato de Seguro, dentro del periodo de vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Reglamento: Significa el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Saldo Insoluto: Monto pendiente de pago por el concepto del crédito, que tenga el Asegurado con el Contratante y que haya sido reportado a la Aseguradora en el mes inmediato anterior al fallecimiento o la invalidez del Asegurado, estando vigentes la Póliza y el Consentimiento/Certificado individual. El saldo insoluto en ningún caso podrá ser mayor que la Suma Asegurada contratada.

Suma Asegurada: Monto contratado para cada cobertura, definido por cada Asegurado y que será la responsabilidad máxima que tendrá la Compañía respecto al beneficio adquirido por el Contratante para cada una de las coberturas indicadas en este Contrato de Seguro.

Cláusula 2^a. Coberturas Básicas

El Asegurado podrá elegir solo una de las coberturas básicas mencionadas a continuación, misma que deberá estar expresamente mencionada en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual:

2.1 Fallecimiento

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado individual respectivo, la Aseguradora pagará al Contratante (Beneficiario preferente) el monto del saldo insoluto que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado a la Aseguradora en el mes inmediato anterior al fallecimiento. En ningún caso el Saldo Insoluto podrá ser mayor a la Suma Asegurada contratada.

En caso de existir un remanente entre la suma asegurada contratada y el saldo insoluto, este será pagado a los Beneficiarios designados en el Consentimiento/Certificado por el Asegurado fallecido.

2.1.1 Cobertura en caso de suicidio

Esta cobertura de Fallecimiento será aplicable en el caso de suicidio del Asegurado en cualquier momento de vigencia de la Póliza o Consentimiento/Certificado individual, sin importar que no hubieren transcurrido los dos (2) años de la celebración de este contrato a que se refiere el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.1.2 Documentos para comprobar el Fallecimiento

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, en caso de contar con ella y del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
3. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.
4. Copia simple del acta de nacimiento del Asegurado afectado, en caso de contar con ella.
5. Documento que respalde el saldo deudor reclamado. (Estado de Cuenta, Tabla de Amortización, Pagaré, etc.)
6. Carta solicitud por parte de la institución que otorga el crédito en donde se refiera, nombre del Deudor, saldo deudor a la fecha del fallecimiento.
7. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

2.2 Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente (a primer riesgo)

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de que el Asegurado fallezca, o bien, sufra un estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado individual respectivo, lo que ocurra primero, la Compañía pagará al Contratante (Beneficiario preferente) el monto del saldo insoluto que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado a la Aseguradora en el mes inmediato anterior al fallecimiento o la invalidez, estando vigentes la Póliza y el Consentimiento/Certificado individual. En ningún caso el saldo insoluto podrá ser mayor a la suma asegurada contratada.

En caso de existir un remanente entre la suma asegurada contratada y el saldo insoluto reportado, este será pagado a los Beneficiarios designados por el Asegurado fallecido, o al mismo Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente (o a los Beneficiarios designados en caso de que el Asegurado no pueda recibir dicho pago).

Debido a que se trata de una cobertura a primer riesgo, significa que el seguro sólo cubrirá el primer riesgo que ocurra: el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente de cada Asegurado y no ambos eventos.

Este beneficio no será aplicable a Créditos otorgados al Asegurado con posterioridad a la fecha en que se diagnostique el estado de Invalidez Total y Permanente.

2.2.1 Cobertura en caso de suicidio

La cobertura de Fallecimiento será aplicable en el caso de suicidio del Asegurado en cualquier momento de vigencia de la Póliza o Consentimiento/Certificado individual, sin importar que no hubieren transcurrido los dos (2) años de la celebración de este contrato a que se refiere el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.2.2 Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente

Este seguro no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- A. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directa y activamente el Asegurado.
 - iii. Riña provocada por el Asegurado.
- B. Este seguro no ampara la Invalidez Total y Permanente derivada de Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
 - i. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el Asegurado de forma activa.
 - iii. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares cuando se utilice con fines recreativos, excepto cuando se utilice como medio de transporte o herramienta de trabajo.
 - iv. Práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - v. Práctica profesional de cualquier deporte.
- C. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- D. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente.**
- E. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
- F. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia del seguro.**
- G. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales.**
- H. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue Accidental.**
- I. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra**

haya sido o no declarada).

- J. Culpa Grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- K. Cuando el estado de invalidez haya sido originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual y, en su caso, las Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.**
- L. Enfermedades preexistentes.**

2.2.2 Documentos para comprobar el Fallecimiento o la Invalididad Total y Permanente

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

En caso de Fallecimiento:

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, en caso de contar con ella y del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
3. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.
4. Copia simple del acta de nacimiento del Asegurado afectado, en caso de contar con ella.
5. Documento que respalde el saldo deudor reclamado. (Estado de Cuenta, Tabla de Amortización, Pagaré, etc.).
6. Carta solicitud por parte de la institución que otorga el crédito en donde se refiera, nombre del Deudor, saldo deudor a la fecha del fallecimiento.
7. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).

En caso de Invalididad Total y Permanente:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado y Beneficiario según sea el caso (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
3. Copia simple del acta de nacimiento del Asegurado afectado.
4. Documento que respalde el saldo deudor reclamado. (Estado de Cuenta, Tabla de Amortización, Pagaré, etc.).
5. Copia del contrato de apertura del crédito.
6. Carta solicitud por parte de la institución que otorga el crédito en donde se refiera, nombre del Deudor, saldo deudor a la fecha de la Invalididad Total y Permanente.
7. Formato expedido por la institución de salud oficial que lo atiende, en hoja membretada, firmado y sellado por medicina del trabajo en donde indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, diagnóstico definitivo, así como porcentaje de Invalididad Total y Permanente.
8. Informe médico que incluya diagnóstico.
9. Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: antecedentes personales, antecedentes patológicos, evolución de padecimiento, estado actual y motivo de la Invalididad Total y Permanente.
10. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

2.3 Gastos Funerarios o Asistencia Funeraria

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

Si durante la vigencia la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado fallece, la Compañía, de conformidad con la cobertura que haya elegido el Asegurado al momento de la contratación, pagará a los Beneficiarios designados el monto de la Suma Asegurada que por concepto de Gastos Funerarios se haya contratado, o bien, coordinará los servicios de Asistencia Funeraria hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En el caso de la cobertura de Asistencia Funeraria, la Compañía coordinará los siguientes servicios de Asistencia Funeraria, sin exceder el monto de la Suma Asegurada contratada:

- i. Recolección del cuerpo del lugar en donde hubiere ocurrido el fallecimiento.
- ii. Traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación o residencia habitual o sala de velación elegida que se encuentre en la red de funerarias en convenio. Para conocer la red de funerarias que se encuentran en convenio, el Asegurado podrá llamar a los teléfonos de la Compañía **800 006 3342**, en donde le proporcionarán la información que necesite.
- iii. Preparación estética del cuerpo, servicio de embalsamado.
- iv. Se proporcionará el ataúd estándar acorde a las especificaciones necesarias para la inhumación o cremación del cuerpo.
- v. Gestión de trámites necesarios para la realización del funeral.
- vi. Sala de velación o velación en domicilio.
- vii. Se coordinará la velación del Asegurado fallecido en su domicilio particular o en la sala de velación de la funeraria más cercana al domicilio del fallecido que se encuentre en la red de funerarias en convenio.
- viii. Cremación del cuerpo y urna estándar o, en su caso, traslado del cuerpo para su inhumación o cremación al panteón o cementerio, siempre y cuando se ubique dentro de la misma área geográfica en la que se realizó la velación.
- ix. Asistencia legal telefónica.

2.3.1 Cobertura en caso de suicidio

La cobertura de Fallecimiento será aplicable en el caso de suicidio del Asegurado en cualquier momento de vigencia de la Póliza o Consentimiento/Certificado individual, sin importar que no hubieren transcurrido los dos (2) años de la celebración de este contrato a que se refiere el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.3.2 Documentos para el pago de la indemnización

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Beneficiario (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.
4. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
5. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
6. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
7. Original o copia certificada del acta de defunción.
8. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público o ante la autoridad equivalente en el territorio en donde haya sucedido el siniestro (de ser aplicable); y

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cláusula 3^a. Coberturas Adicionales (opcionales)

3.1 Muerte Accidental

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

La Compañía pagará al Beneficiario designado por el Asegurado, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el Consentimiento/Certificado Individual respectivo se encuentre en vigor al momento del siniestro.

3.1.1 Exclusiones

Este seguro no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- A. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directa y activamente el Asegurado.
 - iii. Riña provocada por el Asegurado.
- B. Este seguro no ampara la muerte accidental derivada de Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el Asegurado de forma activa.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares cuando se utilice con fines recreativos, excepto cuando se utilice como medio de transporte o herramienta de trabajo.
 - d) Práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - e) Práctica profesional de cualquier deporte.
- C. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- D. Cuando la muerte accidental sea consecuencia de Accidentes ocurridos por estar el Asegurado en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- E. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

- F. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).**
- G. Muerte accidental sufrida por Culpa Grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**

3.1.2 Documentos para comprobar la Muerte Accidental

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
3. Original del Consentimiento/Certificado Individual con designación de Beneficiarios firmado por el Asegurado, en caso de contar con él (En caso de no existir designación de Beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea).
4. Acta de defunción del Asegurado (Original o copia certificada).
5. Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios (Copia simple).
6. Acta de matrimonio, si el Beneficiario es el cónyuge (Copia simple o, en caso de concubinato, constancia de concubinato expedida por un Juez de lo Familiar).
7. Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma de cada uno de los Beneficiarios (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y/o Cartilla de Servicio Militar, debe contener la dirección actual, en caso contrario deberá enviar copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses).
8. Actuaciones del Ministerio Público completas (Copia simple).
9. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios (con una vigencia no mayor a 3 meses).
10. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

3.2 Graves Enfermedades

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

Una vez transcurrido el Periodo de Espera y encontrándose vigente de manera ininterrumpida el Consentimiento/Certificado Individual, iniciarán los efectos de la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en el Consentimiento/Certificado Individual, en caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante, siempre que dicha Enfermedad sea diagnosticada durante la vigencia de dicho Consentimiento/Certificado Individual. La Compañía únicamente indemnizará a la ocurrencia de la primer Enfermedad Grave que se presente en la vida del Asegurado, por lo que esta cobertura quedará automáticamente cancelada al presentarse el pago de la indemnización respectiva por la ocurrencia de la primer Enfermedad Grave de las que se listan en esta sección.

La Enfermedades Graves cubiertas bajo esta sección son las siguientes:

A. Cáncer Cervicouterino, de Mama o Próstata

Definición de Cáncer

Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento, expansión incontrolada, invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en el sistema linfático o circulatorio. Deberá ser confirmado histopatológicamente.

Para efectos de este Contrato de Seguro, no se considerará Cáncer y por lo tanto no estará cubierto por este seguro:

(i) la etapa temprana de Cáncer clasificada como “Cáncer o Carcinoma In Situ”; (ii) los carcinomas de la piel, los basocelulares y espinocelulares, así como las células escamosas; y (iii) sarcoma de Kaposi.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual, si el Asegurado es diagnosticado de Cáncer cervicouterino, Cáncer de mama o Cáncer de próstata, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, y una vez transcurrido el periodo de espera.

Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Cáncer ha sido diagnosticado por primera vez en la vida del Asegurado cuando este no haya recibido Diagnóstico o tratamiento de Cáncer, de cualquier tipo, previo a la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Exclusiones aplicables

- a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas y/o Cáncer preexistente.**
- b) Los tumores benignos.**
- c) Las displasias y lesiones pre-cáncerígenas.**
- d) Cualquier Cáncer del tipo “in situ”, entendido como tal aquel que se encuentre encapsulado y que se define como la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal.**
- e) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares y células escamosas, con excepción del melanoma, que sí está cubierto por este seguro.**
- f) Sarcoma de Kaposi; y**
- g) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico legalmente autorizado.**

B. Infarto Agudo al Miocardio

Definición de Infarto Agudo al Miocardio

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o de una ramificación de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El Diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por los siguientes puntos:

- a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del Infarto Agudo al Miocardio dentro de las 24 (veinticuatro) horas anteriores a dicha hospitalización; y**
- b) Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de Enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones y diaforesis (sudoración excesiva); y**

- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual, si al Asegurado le es diagnosticado un Infarto Agudo al Miocardio por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con un Infarto Agudo al Miocardio, cuando este no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Infarto Agudo al Miocardio, previo a la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Exclusiones aplicables

- a) Infarto Agudo al Miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia del uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado; e**
- b) Infarto Agudo al Miocardio cuando el Asegurado presente alguna de las siguientes Enfermedades Preeexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual:**
 - i. Diabetes mellitus tipos 1, 2 e idiopática.
 - ii. Hipertensión arterial.
 - iii. Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 unidades Kg/ E2, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud.
- c) Ataques isquémicos transitorios.**

C. Apoplejía o Accidente Cerebrovascular

Definición de Apoplejía

Significa cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 (veinticuatro) horas, que sean de naturaleza permanente y que incluya alguna de las siguientes 3 (tres) características:

- a) Infarto del tejido cerebral.
- b) Hemorragia de un caso intracraneal; y
- c) Embolia de puente extracraneal.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual, si al Asegurado le es diagnosticada una Apoplejía o Accidente Cerebrovascular, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Apoplejía o Accidente cerebrovascular, cuando este no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Apoplejía o Accidente cerebrovascular, previo a la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

El Diagnóstico a que se refiere esta Enfermedad Grave deberá realizarlo un Médico Especialista en neurología (urgenciólogo, internista, intensivista o cirujano vascular periférico), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (tomografías, resonancia magnética, angiorresonancia o doppler de carótidas).

Exclusiones aplicables

- Ataques isquémicos transitorios.**

D. Insuficiencia Renal Crónica

Definición de Insuficiencia Renal Crónica

Significa la Enfermedad renal crónica con insuficiencia irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica o trasplante renal o cualquier otro tratamiento médico que substituya la función del riñón o que corrija la condición de insuficiencia renal.

Este seguro también amparará a los Asegurados que no sean candidatos a tratamiento de sustitución de la función renal, siempre que dicha condición conste en el expediente clínico del Asegurado, firmado por un Médico Especialista en la materia.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual, si al Asegurado le es diagnosticada una Insuficiencia Renal Crónica por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Insuficiencia Renal Crónica, cuando este no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Insuficiencia Renal Crónica, previo a la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Exclusiones aplicables

No está asegurada la Insuficiencia Renal Crónica en Asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha Enfermedad; sin embargo, si el Asegurado demuestra haber estado continuamente cubierto con un seguro de Graves Enfermedades durante al menos 5 (cinco) años en esta o cualquier otra compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

E. Cirugía Coronaria

Definición de Cirugía Coronaria

Significa la cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (bypass), cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductos aortocoronarios.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a una Cirugía Coronaria, siempre que dicha cirugía resulte médicaamente necesaria y ocurra dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a una Cirugía Coronaria, cuando este no haya sido intervenido quirúrgicamente por motivo de correcciones a las arterias coronarias, previo a la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Exclusiones aplicables

- a) **La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual haya sido sometido a una Cirugía Coronaria, en la misma arteria coronaria afectada o en una arteria coronaria distinta.**
- b) **Trombólisis mediante cateterismo coronario.**

F. Trasplante de Órganos Vitales

Definición de Trasplante de Órganos Vitales

Significa la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función. Para efectos de este seguro, únicamente estará cubierto el trasplante de los órganos vitales que se enuncian de manera limitativa a continuación:

1. Corazón
2. Pulmón
3. Hígado
4. Páncreas
5. Riñón

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, siempre que dicho trasplante resulte médicaamente necesario y ocurra dentro de la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, cuando este no haya recibido un Trasplante de Órganos Vitales previo a la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Exclusiones aplicables

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Cualquier gasto incurrido por el donante.
- c) Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del corazón.

La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado Individual haya sido sometido a un Trasplante de Órganos Vitales antes de la contratación de este seguro;

- d) **Este seguro no ampara el Trasplante de Órganos Vitales cuando sea a consecuencia de un Accidente.**

Limitación de cobertura aplicable a todas las Enfermedades Graves de esta Sección

- **Este seguro únicamente cubre la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves antes enumeradas, la que ocurra primero y por primera vez en la vida del Asegurado, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.**
- **El pago de cualquier indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la cancelación automática de la cobertura amparada por esta Sección.**

3.2.1 Exclusiones Generales Aplicables a Todas las Enfermedades Graves a Que se Refiere esta Sección

Esta Póliza No Ampara y la Compañía No Será Responsable por el Pago de las Reclamaciones Presentadas Cuando la Enfermedad Grave sea Efecto Directo de Alguna de las Siguientes Situaciones:

- A. Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- B. Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.
- C. Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.
- D. Enfermedad grave originada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un médico.
- E. Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación o autolesión voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- F. Enfermedades graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:
 - I. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
 - II. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - III. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares cuando se utilice con fines recreativos, excepto cuando se utilice como medio de transporte o herramienta de trabajo.
 - IV. Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - V. La práctica profesional de cualquier deporte.
 - VI. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.
 - VII. Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros; y
 - VIII. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.
 - IX. Cualquier enfermedad considerada grave distinta a las listadas en este apartado.

3.2.2 Documentos para comprobar la Grave Enfermedad

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos);
6. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

7. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los Médicos que realizan los estudios donde indican el Diagnóstico. En caso de tratarse de Cáncer, entregar reporte histopatológico en original.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cláusula 4^a. Edades

Para efectos de este seguro se considerará como edad alcanzada del Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de alta del Asegurado en el Grupo Asegurado y las subsecuentes renovaciones.

Las edades de aceptación del Asegurado para este producto, son las siguientes:

Cobertura	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Edad de Renovación	Cancelación
Fallecimiento	18	98	98	99
Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente	18	75	75	76
Gastos Funerarios o Asistencia Funeraria	18	75	75	76
Muerte Accidental	18	75	75	76
Graves Enfermedades	18	75	75	76

La edad del Asegurado podrá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien lo anotará en el Consentimiento/Certificado Individual o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas o ulteriores pruebas. En caso de que la edad del Asegurado no haya sido comprobada al momento de darlo de alta en el Grupo Asegurado, este requisito deberá cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Contratante la reserva matemática que corresponda a la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de incorporación del Asegurado al Grupo Asegurado.
2. Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a exigir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la incorporación del Asegurado al Grupo Asegurado. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

4. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la incorporación del Asegurado al Grupo Asegurado.

Cláusula 5^a. Procedimiento en Caso de Siniestro

A. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización conforme a este Contrato de Seguro, deberá ser notificado a la Compañía tan pronto como se tenga conocimiento de este y a más tardar dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se dio aviso a la Compañía tan pronto como cesó uno u otro.

B. Pruebas

El Asegurado o el Beneficiario, según sea el caso, presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta les proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas, incluyendo el origen de estas.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, de comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del reclamante o del Asegurado o de los Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación o la realización de actos u omisiones con la finalidad de proporcionar información incompleta y/o incorrecta para hacer caer en un error a la Compañía, liberará a ésta de cualquier obligación.

C. Documentos para la Comprobación del Siniestro

Para la comprobación del siniestro, es necesario que se presenten a la Compañía los documentos que se listan en los apartados 2.1.2. y 2.2.2 y 2.3.2 de la Cláusula Segunda, así como 3.1.2. y 3.2.2 de la Cláusula Tercera, según sea el caso.

D. Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a las coberturas amparadas por este seguro, en una sola exhibición, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación y que le permitan conocer las circunstancias y hechos completos de la ocurrencia del siniestro, así como las consecuencias del mismo, siempre y cuando sea procedente.

E. Deducciones

Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización a cargo de la Compañía.

F. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y ésta sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario, una indemnización por mora, de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Cláusula 6^a. Cancelación

El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este seguro, mediante aviso por escrito a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las reclamaciones originadas y determinadas como procedentes mientras el seguro y/o Consentimiento/Certificado Individual respectivo estuvieron en vigor.

El seguro y/o Consentimiento/Certificado Individual respectivo quedará cancelado en la fecha en que la solicitud escrita del Contratante sea recibida por la Compañía o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Este seguro se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Si el Asegurado deja de reunir las características para pertenecer al Grupo Asegurado, según se establezca en la Carátula de la Póliza.
2. Para cada Asegurado, en la fecha en la que este haya liquidado de manera total su Crédito.
3. Para cada Asegurado, si el Contrato de Crédito se cancela o si es terminado por cualquier causa.
4. Por falta de pago de las Primas, habiendo transcurrido el periodo de gracia indicado en la “Cláusula 1a. Prima” de las Disposiciones Generales de este Contrato de Seguro.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada del seguro o en caso de cancelación automática, la Compañía devolverá la Prima pagada no devengada, descontando las comisiones y/o gastos de adquisición, gastos de administración y utilidad. La Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante.

Cláusula 7^a. Residencia y Límite Territorial

Podrán ser Asegurados bajo este seguro, únicamente personas que residan permanentemente en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos, pudiendo ser estos mexicanos o extranjeros, siempre que estos últimos cuenten con la calidad legal de residentes de conformidad con las leyes migratorias aplicables y tengan por lo menos 6 (seis) meses residiendo en el país.

Este seguro ha sido contratado en territorio de los Estados Unidos Mexicanos, para cubrir riesgos que ocurrán tanto en territorio nacional como en el extranjero.

Disposiciones Generales

Cláusula 1^a. Prima

El monto de la Prima a favor de la Compañía, se encuentra especificado en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo. La Prima se deberá pagar de manera total en una sola exhibición.

La Prima vence respecto de cada uno de los Asegurados en la fecha de inicio de vigencia conforme al Consentimiento/Certificado Individual respectivo. Una vez vencida la Prima, el Contratante y/o el Asegurado gozarán de un periodo de gracia de 30 (treinta) días para liquidarla.

En caso de realización del siniestro durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados, como lo prevé el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido fuera del periodo de vigencia de este Contrato de Seguro y/o del Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

La Prima convenida podrá ser pagada por el Contratante mediante cheque, transferencia bancaria, o bien, mediante cargos recurrentes que efectuará la Compañía a la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria autorizada por el Contratante.

En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la Prima en las oficinas de la Compañía o abonando en la cuenta que le indique esta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de Primas, el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente por la Prima de este seguro, será prueba plena del pago de la Prima.

Cláusula 2^a. Vigencia del Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 12:00 horas de la fecha especificada en la Carátula de la Póliza y terminará su vigencia a las 12:00 horas de la fecha indicada en la mencionada Carátula de Póliza.

Durante la vigencia del Contrato de Seguro tendrán lugar altas y bajas de Asegurados, a través de Consentimientos/Certificados Individuales. La vigencia en relación con cada Consentimiento/Certificado Individual iniciará a partir de las 12:00 horas de la fecha de alta especificada en el Consentimiento/Certificado Individual y terminará su vigencia a las 12:00 horas de la fecha establecida en el mencionado Consentimiento/Certificado Individual.

Cláusula 3^a. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía (UNE) o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Datos de Contacto

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE)
Avenida Paseo de la Reforma, Número 250, Torre Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 800 006 3342
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Avenida Insurgentes Sur, Número 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México: 55 5340 0999
En el territorio nacional: 800 999 8080

Cláusula 4^a. Comunicaciones y Notificaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

En el caso en el que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente al conste en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual, ésta deberá comunicar al Contratante y/o Asegurado el nuevo domicilio para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio o dirección de correo electrónico que conozca la Compañía.

Cláusula 5^a. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o por parte de la Compañía, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en moneda en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos, conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en moneda nacional o en curso legal de los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Cláusula 6^a. Renovación

Este contrato tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por períodos de la misma duración, en los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas, considerando incrementos en las primas de acuerdo a las edades alcanzadas al momento de la renovación.

Cláusula 7^a. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

1. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida
2. En dos años, en los demás casos

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de el; 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, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora.

Cláusula 8^a. Modificaciones

Las disposiciones generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse mediante acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Toda modificación efectuada al producto de seguro, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 9^a. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Compañía.

La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de estos, así como de los términos y condiciones de su uso.

Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Compañía: chubb.com/mx.

Cláusula 10^a. Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la Compañía 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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro". (**Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (**Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

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

Las obligaciones de Chubb Seguros México, S.A. 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**).

Con independencia de todo lo anterior, 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 compañía, 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 el ACUERDO por el que se emiten 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, 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 tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la 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 Chubb Seguros México, S.A., 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.

Chubb Seguros México, S.A. 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.

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 18 de diciembre de 2020, con el número RESP-S0039-0007-2020 / CONDUSEF-004319-05.

Cláusula 11^a. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios Personas Morales

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 de Seguro. La Compañía 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.

Cláusula 12^a. Entrega de Documentación Contractual para el Caso de Celebración de Contrato por Internet o por Conducto de Prestador de Servicios a que se refieren los Artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo por internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de la Prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la Compañía se obliga a proporcionar al Contratante 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 y dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al Contratante la documentación relativa al Contrato de Seguro celebrado, siendo ésta la Póliza.

La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del Contratante, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del prestador de servicios al momento de la contratación. Lo anterior en el entendido que, para entregas a domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado, la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que se recibió la Póliza, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto del prestador de servicios, la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el Contratante.

En caso de que el Contratante no reciba la documentación mencionada en esta Cláusula, este podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página en internet:

chubb.com/mx, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá, en cualquier momento, solicitar que se le entregue la documentación contractual por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

Cláusula 13^a. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Cláusula 14^a. Beneficiarios

Respecto del Saldo Insoluto, el Beneficiario preferente e irrevocable será el Contratante como titular del derecho a la indemnización respectiva, derivada del Crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado.

En caso de que existiere una cantidad remanente y una vez pagado el Saldo Insoluto a favor del Contratante, el remanente será pagado: (i) para la cobertura básica de Fallecimiento a las personas designadas por el Asegurado en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo; y (ii) para la cobertura básica de Invalidez Total y Permanente, al propio Asegurado.

Para la cobertura adicional de Muerte Accidental, la Suma Asegurada contratada será pagada a las personas designadas por el Asegurado en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo.

Respecto del remanente de la cobertura básica de Fallecimiento y de la cobertura de Muerte Accidental, el Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios, mediante notificación por escrito a la Compañía.

Si el Beneficiario designado por el Asegurado muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y de no haber sido nombrados Beneficiarios adicionales o si todos ellos fallecieren antes o al mismo tiempo y no existiere designación de nuevo Beneficiario, en caso de ser procedente el siniestro, el importe de la indemnización que corresponda, se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de Beneficiario.

Si por falta de aviso oportuno de cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado la indemnización correspondiente al último Beneficiario designado por el Asegurado de quien tuviera conocimiento, la Compañía quedará liberada de cualquier responsabilidad.

Los Beneficiarios designados tienen acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, acrecienta por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. Se entiende que el Asegurado y el Beneficiario fallecen al mismo tiempo cuando en los certificados de defunción de estos se indica el mismo día y la misma hora de fallecimiento.

En caso de que el Beneficiario fallezca después del Asegurado y la Compañía no le haya indemnizado la Suma Asegurada correspondiente, el pago será a favor de la sucesión legal del Beneficiario.

Advertencia

En caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en representación del (los) menor(es) de edad, cobre la indemnización correspondiente. Lo anterior, ya que 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 instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de Beneficiarios menores de edad, legalmente implica que se nombra como Beneficiario a la persona mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral para con el menor de edad, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro, le concede el derecho incondicionado de disponer de la indemnización respectiva.

Cláusula 15^a. Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

1. Comunicar el ingreso de nuevos integrantes al Grupo Asegurado, así como entregar a la Compañía los Consentimientos respectivos respecto de las coberturas de muerte.
2. Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados.
3. Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y
4. Remitir a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación a las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.

Adicionalmente a las obligaciones antes referidas, el Contratante tiene la obligación de entregar a cada Asegurado el Consentimiento/Certificado Individual y la documentación contractual respectiva.

La periodicidad, medios y procedimiento mediante el cual el Contratante dará cumplimiento a las obligaciones antes descritas, así como las características de dicha información, serán los que las partes especifiquen por escrito, en un documento independiente.

Cláusula 16^a. Derechos de los Asegurados

La designación de Beneficiario en favor del Contratante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al Saldo Insoluto del Crédito, pero sin exceder de la Suma Asegurada convenida en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

Si la Suma Asegurada convenida excede el importe del Saldo Insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al Asegurado o a los Beneficiarios designados por este, distintos del Contratante, según corresponda.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Contratante y Beneficiario del seguro, el importe del Saldo Insoluto amparado por el seguro más sus accesorios.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante y Beneficiario del seguro el importe del Saldo Insoluto.

El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones a que se refiere el párrafo anterior.

Cláusula 17^a. Registro de Asegurados

La Compañía, con la información proporcionada por el Contratante formará un registro de los Asegurados que contendrá como mínimo, los siguientes datos:

1. Nombre, fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del grupo.
2. Suma Asegurada o regla para determinarla.
3. Fecha de entrada en vigor del seguro respecto de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo.
4. Operación y plan de seguros de que se trate.
5. Número de Consentimiento/Certificado Individual; y
6. Coberturas amparadas.

Cláusula 18^a. Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a las Pólizas y Consentimientos/Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

Cláusula 19^a. Administración y Acceso a la Información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar el proceso de administración y gestión del seguro, la administración del mismo será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

Cláusula 20^a. Ingreso o Altas

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado 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 ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro 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 Compañía, 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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido 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.

Cláusula 21^a. Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Consentimiento/Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía 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.

Cláusula 22^a. Dividendos

Este seguro no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

Invitación para Consultar al RECAS

Usted puede tener acceso a este Contrato de Seguro a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

Aviso de Privacidad Corto

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio ubicado en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección chubb.com/mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de noviembre de 2020, con el número CNSF-S0039-0160-2020 / CONDUSEF-004319-05.

Anexo de Referencias Legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

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

Artículo 67.- Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 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 corrido, 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 estos 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 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero Asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del Beneficiario, así como para la trasmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

Artículo 100.- Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

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

Artículo 101.- Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los Aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

Artículo 102.- Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

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

Artículo 170.- El seguro recíproco podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 167.

Artículo 172.- Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 102 (primer párrafo).- En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

Artículo 103.- La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:

- I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:
 - a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y
 - b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
- II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:
 - a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
 - b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

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 ésta contra aquéllos.

Artículo 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte.
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios.
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafo, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

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 estas 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 impondrá 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 este 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 este 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 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 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución.

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- X. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de noviembre de 2020, con el número CNSF-S0039-0160-2020 / CONDUSEF-004319-05.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios (Vida)

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del Contrato de Seguro.
4. Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Durante nuestra atención en el siniestro el Beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada aunque la prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. A conocer, a través de la CONDUSEF, si es Beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico uneseguros@chubb.com.

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al Beneficiario el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Beneficiario sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de noviembre de 2020, con el número CNSF-S0039-0160-2020 / CONDUSEF-004319-05.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Chubb Seguros México, S.A., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este seguro, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Sí acepto _____ No acepto _____.

Nombre y Firma del Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de noviembre de 2020, con el número CNSF-S0039-0160-2020 / CONDUSEF-004319-05.

Cláusula General Designación de Beneficiarios

En caso de ocurrir el siniestro, por muerte del Asegurado, y que el mismo sea procedente, la suma asegurada será pagada de la siguiente forma:

1. El 100% al cónyuge o concubino(a).
2. A falta de cónyuge o concubino(a) a los hijos del Asegurado en partes iguales.
3. A falta de cónyuge o concubino(a) e hijos, a los padres del Asegurado en partes iguales.

A falta de cualquiera de las personas antes mencionadas y en caso de que el Asegurado no hubiese realizado una designación de beneficiarios posterior a ese acto, la suma asegurada se pagará a su sucesión legal.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo, por escrito, a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción (porcentaje) de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

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 16 de marzo de 2022, con el número CGEN-S0039-0047-2022 / CONDUSEF-004319-05.

Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250
Torre Niza, Piso 7
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001

Chubb. Insured.SM