CONDICIONES GENERALES
VIDA HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA AFIRME

Seguros Afirme S.A. de C.V.,

Afirme Grupo Financiero

No. Registro: CNSF-S0094-0183-2022/CONDUSEF-005324-01.

ÍNDICE

1.	Definiciones	4
2.	Objeto del Seguro	6
3.	Descripción de las Coberturas	6
3.1	Fallecimiento	6
3.1.1	Edades de Aceptación	7
3.1.2	Edad de Cancelación	7
3.1.3	Periodo de Espera	7
3.1.4	Periodo de Carencia	7
3.1.5	Cancelación de la Cobertura	7
3.1.6	Terminación del Beneficio	7
3.1.7	Exclusiones	7
3.2	Muerte Accidental	7
3.2.1	Edades de Aceptación	7
3.2.2	Edad de Cancelación	8
3.2.3	Periodo de Espera	8
3.2.4	Periodo de Carencia	8
3.2.5	Cancelación de la Cobertura	8
3.2.6	Terminación del Beneficio	8
3.2.7	Exclusiones	8
3.3	Invalidez Total y Permanente	10
3.3.1	Definiciones	10
3.3.2	Beneficio	10
3.3.3	Bases para considerar la validez del dictamen	10
3.3.4	Edades de Aceptación	10
3.3.5	Edad de Cancelación	10
3.3.6	Periodo de Espera	10
3.3.7	Periodo de Carencia	11
3.3.8	Cancelación de la Cobertura	11
3.3.9	Terminación del Beneficio	11
3.3.10	Exclusiones	11
3.4	Hospitalización por Cualquier Causa	12

3.4.1 Edades de Aceptación 13
3.4.2 Edad de Cancelación 13
3.4.3 Periodo de Espera 13
3.4.4 Periodo de Carencia 13
3.4.5 Periodo Máximo de la Cobertura 13
3.4.6 Cancelación de la Cobertura 13
3.4.7 Terminación del Beneficio 13
3.4.8 Reclamante Sustituto 13
3.4.9 Exclusiones 14
3.5 Asistencias 16
3.5.1 Asistencia Médica (Asistencia Adicional de Contratación Opcional) 16
3.5.2 Asistencia Médica Preventiva (Asistencia Adicional de Contratacion Opcional) 21
3.5.3 Asistencia Funeraria (Asistencia Adicional de Contratación Opcional) 22
3.5.4 Terminación de Servicios de Asistencia 23
4. Cláusulas Generales 23
4.1. Rectificación de Póliza 23
4.2. Suicidio 23
4.3. Vigencia del Contrato 23
4.4. Zona de Cobertura (Territorialidad) 24
4.5. Prima 24
4.6. Lugar de Pago 24
4.7. Periodo de Gracia 24
4.8. Moneda 24
4.9. Edad 24
4.10. Siniestros 24
4.11. Prescripción 26
4.12 Competencia 27
4.13 Beneficiarios 27
4.14 Interés Moratorio 28
4.15 Agravación del Riesgo 28
4.16 Pérdida del Derecho a ser Indemnizado 29
4.17 Omisiones e Inexactas Declaraciones 29

4.18 Terminación Anticipada del Contrato 29

4.19 Comunicaciones 30

4.20 Informe sobre Comisiones a Intermediarios 30

4.21 Renovación 30

4.22 Entrega de Documentación Contractual 30

4.23 Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos 31

Seguros Afirme, S.A. de C.V., **Afirme Grupo Financiero** es la Institución legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las Indemnizaciones del presente Contrato de Seguro, designada de aquí en adelante como "la Institución"**.**

1. Definiciones.

Para efectos de las presentes condiciones generales, los siguientes términos tendrán los significados que a continuación se establecen que serán igualmente aplicados a las formas singular o plural de dichos términos:

Accidente. -Acontecimiento súbito, fortuito, y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo.

No se considerarán Accidentes, las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Así mismo quedan excluidos todos los eventos producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente, o cuando sean a consecuencia de culpa grave del propio Asegurado.

Asegurado. -Persona(s) incluida en la Póliza, sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la misma, con derecho a los Beneficios del presente Contrato de Seguro.

Asesoría.- **E**s la orientación profesional y especializada vía telefónica que el Prestador brindará al Usuario de acuerdo a las necesidades propias y especificas cubiertas en este documento.

Asistencia.- Comprende el o los Servicios y/o Asesorías que recibirá el Usuario, que tenga derecho a recibir los Servicios que se precisan en este documento, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos para cada tipo de Asistencia.

Beneficiario. -Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza o su proporción correspondiente para las coberturas de fallecimiento y muerte accidental,

Para el resto de las coberturas, el Beneficario será el propio Asegurado.

Beneficio. -Es la indemnización a la que tiene derecho a recibir los Beneficiarios en caso de ser procedente la reclamación del Siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

Institución. -Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero; es la aseguradora y constituye la persona moral que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Contratante. -Persona física o moral cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.

Contrato de Seguro o Póliza. -Significa el contrato celebrado entre la Institución y el Contratante, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, integrado por los siguientes documentos:

- Estas condiciones generales;
- Declaraciones de los solicitantes proporcionados en la solicitud del Seguro;

- Carátula de la Póliza;
- Condiciones generales;
- Endosos;

Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Institución que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Institución.

Endoso. - Acuerdo entre el Contratante y la Institución, por el cual se modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de esta Póliza.

Enfermedad o Padecimiento. -Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar, se considerarán una misma Enfermedad o Padecimiento.

Evento. -Hecho o serie de hechos ocurridos durante la vigencia de la Póliza que dan origen a una reclamación de los Beneficios contratados en ésta Póliza.

Hospital, Clínica o Sanatorio. -Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes y que cuente con la autorización por parte de la autoridad Sanitaria correspondiente.

Para efecto de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio, las casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes o estéticos.

Hospitalización. -Estancia continúa en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente necesaria y comprobable para la atención de un Accidente o Enfermedad.

Indemnización. -Es el pago que efectúa la Institución al Asegurado, por la ocurrencia de alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de Seguro.

Médico. -Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general, Médico especialista, alópata u homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

Es requisito indispensable que el (los) Médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente cubierto mediante la nota y firma respectiva en el expediente clínico.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

Periodo de Carencia. – Tiempo comprendido entre la fecha de inicio de la póliza y el momento en que entran en vigor las coberturas amparadas por la presente Póliza.

Periodo de Espera. - Se define como el período inmediato posterior al inicio de la vigencia del seguro que debe de transcurrir para que entren en vigor las coberturas descritas en la presente Póliza.

Periodo de Gracia. -Es el tiempo del que dispone el Contratante a partir del vencimiento de la Prima para pagar ésta en forma total o la fracción de ella (en el caso de pago en parcialidades), antes de que la Póliza quede sin efectos.

Práctica Profesional de cualquier deporte: Se define como el desarrollo de cualquier disciplina deportiva con fines del lucro, incluyendo la participación de seleccionados o preseleccionados nacionales, que participen en cualquier competencia internacional.

Prestador o **Proveedor**.- Es quien ofrecerá los Servicios que recibirá el Usuario y que tenga derecho de acuerdo al condicionado que se precisa en este documento.

Servicios.- Son todas aquellas asistencias u actividades que el Prestador ejecutan a favor de los intereses del Usuario, mismas que se señalan y se describen de manera expresa en el presente bajo los términos y condiciones que conforman los apartados de este instrumento.

Siniestro. -Ocurrencia de cualquier eventualidad prevista en el Contrato de Seguro.

Suma Asegurada. -Límite máximo de responsabilidad de la Institución por cada Asegurado y para cada Accidente cubierto de acuerdo con las estipulaciones consignadas en este Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

Usuario.- Es la persona titular de la Póliza, quien gozará de todos los Servicios que se ofrecen y se especifican en el condicionado de este documento.

Vigencia. -Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la carátula de Póliza, el cual no podrá ser mayor a un año.

2. Objeto del Seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es otorgar una cobertura por fallecimiento con la opción de contratar las coberturas adicionales de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente, Hospitalización por Cualquier Causa, sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación.

3. Descripción de las Coberturas

Las coberturas descritas en esta sección tendrán efecto al momento de su contratación.

3.1 Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la Vigencia del seguro, la Institución pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza a los Beneficiarios designados, según se indique en la misma. Si el Asegurado sobrevive al término de la Vigencia del Contrato de Seguro, la protección de esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

Una vez reclamada la cobertura, se cancela la Póliza, quedando sin efecto las coberturas adicionales previstas por la misma.

3.1.1 Edades de Aceptación
Mínima: 18 años
Máxima: 64 años

3.1.2 Edad de Cancelación
La cobertura se cancelará automáticamente en la fecha de fin de vigencia de la Póliza en la que el Asegurado haya alcanzado la edad de 65 años.

3.1.3 Periodo de Espera
No aplica

3.1.4 Periodo de Carencia
No aplica.

3.1.5 Cancelación de la Cobertura
El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

a) **A petición del Contratante. -** El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

b) **Cancelación Automática. -**Por falta de pago de la prima en los términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3.1.6 Terminación del Beneficio
Este Beneficio terminará de manera automática:

a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza.

b) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

3.1.7 Exclusiones

- **Suicidio ocurrido durante los dos primeros años de Vigencia de la Póliza.**

3.2 Muerte Accidental
La Institución indemnizará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza al o los Beneficiarios designados, si a consecuencia directa de algún Accidente amparado, ocurre la muerte del Asegurado.

3.2.1 Edades de Aceptación
Mínima: 18 años.

Máxima: 64 años.

3.2.2 Edad de Cancelación

La cobertura se cancelará automáticamente en la fecha de fin de vigencia de la Póliza en la que el Asegurado haya alcanzado la edad de 65 años.

3.2.3 Periodo de Espera

No aplica

3.2.4 Periodo de Carencia

No aplica.

3.2.5 Cancelación de la Cobertura

El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

a) **A petición del Contratante.** -El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

b) **Cancelación Automática. -**Por falta de pago de la prima en los términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.2.6 Terminación del Beneficio

Ese Beneficio terminará de manera automática:

a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza; o

b) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

3.2.7 Exclusiones

a. Lesiones causadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.

b. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales;

c. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.

d. Lesiones sufridas en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.

e. **Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**

f. **Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**

g. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**

h. **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el Asegurado.**

i. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**

j. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo, vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**

k. **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**

l. **Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de transtornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas.**

m. **Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un Accidente.**

n. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes o bien**

por estar bajo los efectos de enervantes, estimulantes o similar, excepto si fueron prescritos por un Médico.

o. Envenenamiento, excepto accidental.

p. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.

3.3 Invalidez Total y Permanente

3.3.1 Definiciones

a. Invalidez Total y Permanente
Para efectos de esta cláusula, se considerará "Invalidez Total y Permanente", cuando el Asegurado se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez total y permanente se requiere que éste no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que aun existiendo dichos tratamientos no sean accesibles para el Asegurado en función de su condición económica y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente.

3.3.2 Beneficio
La Institución conviene en pagar al Asegurado que durante la Vigencia de la Póliza haya sido diagnosticado en estado de invalidez total y permanente, en las condiciones antes señaladas, y considerando el Periodo de Carencia que más adelante se menciona, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación de la Institución por este Beneficio.

3.3.3 Bases para considerar la validez del dictamen.- A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un Médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo que elegirá el Asegurado de entre los previamente designados por la Institución a fin de dictaminar si procede o no la determinación del estado de invalidez.

3.3.4 Edades de Aceptación
Mínima: 18 años
Máxima: 64 años.

3.3.5 Edad de Cancelación
La cobertura se cancelará automáticamente en la fecha de fin de vigencia de la Póliza en la que el Asegurado haya alcanzado la edad de 65 años.

3.3.6 Periodo de Espera
No aplica

3.3.7 Periodo de Carencia

Para Invalidez Total y Permanente a causa de una Enfermedad 60 días

3.3.8 Cancelación de la Cobertura

El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

a) **A petición del Contratante**. -El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

b) **Cancelación Automática**. -Por falta de pago de la prima en los términos del Art. 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.3.9 Terminación del Beneficio

Ese Beneficio terminará de manera automática:

a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza o al finalizar el período de cobertura para este Beneficio indicado en la carátula de la Póliza, lo que ocurra primero.

b) Cuando por cualquier causa, cesen los efectos del Contrato de Seguro a cuya Póliza se agrega esta cláusula.

c) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

Son aplicables en lo conducente todas las condiciones y estipulaciones establecidas por la Póliza a la cual se agrega esta cláusula, en caso de que se contrapongan, prevalecerá lo estipulado en la presente.

3.3.10 Exclusiones

Este Beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

a. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

b. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.

c. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio Asegurado.

d. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en

un avión de Institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.

e. Lesiones derivadas por la participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

f. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

g. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, y tauromaquia.

h. Estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de la presente exclusión se entenderán como enfermedades preexistentes, aquellas cuya existencia se hubiere declarado medicamente previo a la celebración del Contrato o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio de diagnóstico; así como aquellos padecimientos respecto de los que se compruebe que el Asegurado efectuó gastos para recibir tratamiento médico.

Con el pago de la Suma Asegurada quedaran extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de este Beneficio.

3.4 Hospitalización por Cualquier Causa

La cobertura descrita en esta Sección tendrá efecto al momento de su contratación.

Si como consecuencia directa de un Accidente o Enfermedad, el Asegurado se viera precisado a internarse en un Hospital, Clínica o Sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico prescrito por un Médico, la Institución pagará la renta diaria contratada indicada en la carátula de la póliza, durante el periodo que se encuentre hospitalizado el Asegurado a partir de que se cumplan los periodos de carencia. Este beneficio cubrirá como máximo 30 rentas diarias por la vigencia total de la póliza, independientemente de la causa que origine la hospitalización, por lo que la responsabilidad de la Institución en ningún caso excederá de las Suma Asegurada contratada por vigencia de la Póliza.

3.4.1 Edades de Aceptación

Mínima: 18 años
Máxima: 64 años

3.4.2 Edad de Cancelación

La cobertura se cancelará automáticamente en la fecha de fin de vigencia de la Póliza en la que el Asegurado haya alcanzado la edad de 65 años.

3.4.3 Periodo de Espera

En caso de Hospitalización por Accidente aplica un periodo de 24 horas.
En caso de Hospitalización por Enfermedad aplica un periodo de 3 días.

3.4.4 Periodo de Carencia

No aplica en caso de Hospitalización por Accidente.
En caso de Hospitalización por Enfermedad aplica un periodo de 60 días.

3.4.5 Periodo Máximo de la Cobertura

Cobertura máxima de 30 rentas diarias (señaladas como Suma Asegurada en la carátula de la póliza)

3.4.6 Cancelación de la Cobertura

El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

a) A petición del Contratante

El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

b) Cancelación Automática

Por falta de pago de la prima en los términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.4.7 Terminación del Beneficio

Ese Beneficio terminará de manera automática:

a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza; o

b) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

3.4.8 Reclamante Sustituto

Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por la Institución, que, por razones atribuibles a su condición de salud, el Asegurado no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura de Hospitalización por Enfermedad o Accidente, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

El Reclamante Sustituto deberá indicarse en la solicitud, o en caso de no haber sido designado, podrá ser el Beneficiario designado por el Asegurado. El único requisito es que al momento de la reclamación sea mayor de edad. El Asegurado en todo momento tendrá la opción de modificarlo y comunicar esta nueva designación a la Institución.

En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente, la Institución tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento. En caso de que no exista designación de Reclamante Sustituto ni Beneficiario, el Asegurado deberá llevar a cabo la reclamación por sí o a través de representante legal.

Los efectos del Reclamante Sustituto son para realizar los trámites de Indemnización ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que, al efectuar el pago atribuible al Asegurado, al Reclamante sustituto, la Institución ha satisfecho la Indemnización procedente a ese reclamo en específico.

El Reclamante Sustituto una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente Póliza, extenderá a la Institución el recibo de finiquito correspondiente, que liberará a la Institución de cualquier obligación derivada de esta reclamación por el monto del pago efectuado.

3.4.9 Exclusiones

No se cubrirán los gastos e Indemnizaciones cuando la causa que dé origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

I. Eventos ocurridos fuera de la Vigencia de la Póliza.

II. Hospitalizaciones relacionadas con:

a. Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.

b. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

c. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, así como sus complicaciones y secuelas.

d. Actos delictivos intencionales, en que participe activamente el Asegurado y en los que exista evidencia fehaciente de dicha participación.

e. **Riña cuando el Asegurado sea el provocador o participe en alborotos populares.**

f. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

g. **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo, así como sus consecuencias, excepto si se demuestra que fue accidental.**

h. **Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.**

i. **Accidentes cardiovasculares o infartos.**

j. **Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**

k. **Conducción o pasajero de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.**

l. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**

m. **Tratamientos 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 de la Póliza.**

n. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**

III. **Diagnósticos realizados por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.**

IV. **Tratamientos con fines preventivos.**

V. **Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.**

VI. **Hospitalización ocurrida dentro del Periodo de Carencia.**

VII. Hospitalización cuya duración sea igual o menor al periodo de Espera.

VIII. Todo Cáncer cuyo estudio Diagnóstico o tratamiento por leucemia, enfermedad de Hodking, patología mamaria, patología uterina o de ovarios, tumores de cualquier tipo, cáncer o cualquier enfermedad relacioanda al cáncer, se haya iniciado con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza o durante el Período de Carencia.

3.5 Asistencias

Sólo si los servicios de asistencia están señalados en la Carátula de la Póliza como contratados, la Institución se obliga a otorgar al Asegurado los Servicios de Asistencia a través del Proveedor y aplican únicamente dentro de la República Mexicana. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el Proveedor, la Institución será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Proveedor en virtud del presente Contrato de Seguro.

La llamada telefónica será considerada como aviso o solicitud de la Asistencia, en virtud de lo cual el Asegurado autoriza expresamente a La Institución, a través del Proveedor para que sea anotada o registrada informáticamente, con el fin de que quede constancia de la solicitud respectiva y de su trámite.

¿CÓMO HACER USO DE LAS ASISTENCIAS?

- Los Servicios o Asistencias quedan limitadas únicamente al Usuario Titular de la póliza.
- El Usuario deberá llamar al número xxxxx y proporcionar los siguientes datos: número de póliza, nombre del titular, número telefónico y domicilio.
- Los Servicios objeto de este contrato se otorgarán con base a la información proporcionada por el Usuario, por lo que, si se omite alguna otra información, el Prestador no asumirá responsabilidad derivada de dicha omisión.
- Los Servicios están garantizados a través de la red de proveedores del Prestador de servicio, misma que cuenta con presencia a nivel nacional por lo que **no se aplican reembolsos**

3.5.1 Asistencia Médica (Asistencia Adicional de Contratación Opcional)

Orientación Médica Telefónica Cualquier Causa

Se le brindará asesoría telefónica a través de un médico general cuando el Asegurado requiera orientación médica, así como del uso de medicamentos prescritos por un médico tratante, efectos secundarios de medicamentos y dosis recomendadas. Este Servicio es ilimitado las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.

Orientación Telefónica Primeros Auxilios

Un médico le atenderá vía telefónica para ayudarle en caso de emergencia mientras se espera el auxilio en el lugar. Dichas emergencias abarcan paro cardiorrespiratorio, evento vascular cerebral, quemaduras, hemorragias, mordedura de perros y gatos, fracturas e hipoglucemias.

Este servicio es ilimitado las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.

Orientación Médica Telefónica Relacionada al COVID-19

Se le brindará asesoría telefónica a través de un Médico General cuando el Asegurado requiera orientación médica por el virus COVID - 19, para el manejo de las emociones, así como del uso de medicamentos prescritos por un médico tratante y dosis recomendadas.

Medicamentos y Efectos Secundarios, Prevención de la Automedicación Telefónica

Un médico atenderá vía telefónica al Asegurado para asesorarle sobre los riesgos que conlleva la automedicación.

Orientación Telefónica en la Planificación Familiar, Educación Sexual

Se le brindará atención telefónica por un médico general para atender dudas básicas sobre la prevención y métodos anticonceptivos, así como información general de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Orientación Telefónica Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia

Se brindará asesoría telefónica a través de un médico general para orientar al Asegurado sobre problemas con el abuso de alguna de estas sustancias.

Orientación Telefónica Durante el Embarazo

Asistencia médica para agremiadas vía telefónica a través de un profesional de la salud, en temas relacionados como vida saludable durante el embarazo, niveles recomendables de elementos en sangre, prevención de diabetes gestacional y preclamsia.

Según se establece en el código de deontología médica, no es ético en la práctica de la medicina realizar consultas médicas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet. Por esta razón no se emitirá diagnóstico alguno vía telefónica, sino sólo se orientará ante situaciones médicas. De acuerdo a la valoración telefónica se podrá canalizar al paciente a una consulta domiciliaria para ser mejor evaluado y poder recibir un tratamiento en forma, sin emitir un tratamiento médico ni recetas.

Todos los servicios telefónicos o remotos son limitativos a orientación y/o recomendaciones para la prevención de la salud o contención de una urgencia, no están orientados a la solución de la misma. De acuerdo a la valoración remota se podrá canalizar al paciente a una consulta domiciliaria para ser mejor evaluado y poder recibir un tratamiento en forma y recibir tratamiento médico.

EXCLUSIÓN. Cualquier gasto originado con motivo de la compra de medicamentos, tratamientos derivados de la orientación telefónica.

Asistencia Psicológica

A solicitud del Asegurado, la red de atención le asistirá (24/7 los 365 días del año) de forma ilimitada en caso de atención Psicológica para orientarlo telefónicamente sobre cómo disminuir los síntomas con prácticas que no impliquen medicación como lo son:

1. Ataques ansiosos y/o de pánico.

2. Manejo de las adicciones (tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia).

3. Pérdida de control o agresividad desmedida por estrés, ansiedad o depresión.

4. Amenazas de suicidio.

5. Ataques nerviosos por la pérdida de un familiar o ser querido (tanatología).

6. Identificación de desórdenes alimenticios

7. Apoyo Familiar, problemas de pareja o individual

8. Problemas o trastornos por enfermedad terminal

En atenciones menores el especialista asignado por la red de atención brindará una orientación no mayor a 20 (veinte) minutos. De lunes a domingo en un horario de 9:00 hrs. a 21:00 hrs. En temas relacionados con:

1. Bullying de todo tipo.

2. Manejo de emociones.

3. Tanatología.

4. Episodios depresivos.

5. Autoestima.

6. Métodos de respiración.

7. Manejo y control de adicciones.

Exclusiones. En los servicios de atención psicológica telefónica, quedan excluidos tratamientos específicos o sesiones subsecuentes a un trastorno ya diagnosticado.

Información Nutricional

El Asegurado tendrá acceso a la orientación nutricional vía telefónica ilimitada, con una duración no mayor a 15 quince minutos, sobre temas como suplementos, desórdenes alimenticios no críticos, manejo preventivo de trastornos relacionados con la alimentación para mejorar hábitos nutricionales, diseño de dieta adecuada, como calcular el peso ideal, índice de masa corporal y rutinas de ejercicio, así como eventos deportivos esto en un horario de 9:00 a 21:00 hrs. De lunes a Domingo.

Exclusiones

El especialista asignado por la red de atención no emitirá ningún diagnóstico, tratamiento ni consultas subsecuente para la atención de un padecimiento preexistente.

Médico a Domicilio

Cuando el Asegurado requiera la Asistencia de un Médico General o especialista para la atención de un padecimiento no urgente, se coordinará mediante llamada telefónica del Asegurado la visita a domicilio.

El costo del servicio es determinado por el médico y el Asegurado contará con el apoyo hasta por $600.00 (seiscientos) pesos y el excedente correrá a cargo del Asegurado.

La red de atención proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana; en los demás lugares, hará lo posible por ayudar al Asegurado a contactar con un Médico u Hospital, con la mayor celeridad posible.

Cualquier gasto originado con motivo de compra de medicamentos, tratamientos derivados de esta Asistencia médica quedará a cargo del Asegurado. Restitución por medicamentos hasta por $500.00 derivado de las consultas médicas a domicilio (2 eventos al año).

Sujeto a disponibilidad, así como los términos y condiciones de las sucursales y clínicas a costo preferencial.

Ningún prestador de servicio podrá diagnosticar y/o medicar fuera de las normas.

Check Up Completo.

A solicitud del Asegurado se pone a su disposición un estudio de Química Sanguínea de 12 elementos, sin costo. **Un evento durante el año póliza. Este beneficio cuenta con un periodo de espera de 120 días**.

Exclusiones

i. No cubre cualquier estudio de gabinete o laboratorio diferente al señalado.

Ambulancia Terrestre.

En caso en que, en cualquier parte de la República Mexicana, el Asegurado sufra una Enfermedad Grave o accidente, y el equipo médico del Prestador recomiende al Asegurado su hospitalización, la red de atención cubrirá los gastos del traslado del Asegurado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano o apropiado elegido por éste en la ciudad donde se encuentre. En caso de ser necesario se realizará el traslado del Asegurado bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, este beneficio está disponible los 365 días del año las 24-veinticuatro horas del día, **tiene un límite de dos eventos al año, siempre y cuando la póliza esté vigente. Aplica sólo en territorio nacional.**

Exclusiones

a) Quedan excluidos los traslados en caso de enfermedades mentales.

b) Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentren en estado agresivo o no deseen ser trasladados.

c) Ambulancias programadas (según aplique ejemplo traslados de inter hospitalarios, a domicilio, post cirugía, etc.)

d) Ambulancias aéreas.

Telemedicina.

La red de atención otorga a los Asegurados, a través de una plataforma tecnológica, servicios para la Asistencia primaria de salud que da respuestas y recomendaciones a los signos o síntomas comunicados por los Asegurados respecto de su estado de salud a través de dispositivos electrónicos de comunicación (teléfonos inteligentes), con el objetivo de otorgar información y asesoría médica a los Asegurados de la plataforma.

La plataforma es una alternativa para obtener, en cualquier momento, sin que el Asegurado tenga que desplazarse del sitio donde se encuentra, información preliminar y recomendaciones relacionados con signos o síntomas que pudieran afectar su salud, así como respuestas y recomendaciones a los signos o síntomas relativos a su estado de salud, que al efecto el Asegurado comunique íntegra y verazmente.

Las respuestas y recomendaciones resultan de la información generada por el Asegurado.

Los servicios prestados a través de la Plataforma no incluyen consultas ni servicios médicos diferentes a los establecidos en las presentes condiciones, ni sustituyen a los profesionales del cuidado de la salud en el diagnóstico o atención de los padecimientos del Asegurado.

Ningún prestador de servicio podrá diagnosticar y/o medicar fuera de las normas vigentes en el territorio mexicano establecidas por las instituciones regulatorias de salud.

La información presentada a través de la plataforma de teleAsistencia tiene fines exclusivamente informativos de ninguna manera substituye o pretende sustituir la opinión o diagnóstico de un médico calificado.

La red de atención de Telemedicina tendrá la facultad de modificar o actualizar las condiciones del servicio en la plataforma digital, se recomienda al Asegurado revisar los términos y condiciones antes de solicitar el servicio. Si el Asegurado no acepta dichas modificaciones o actualizaciones, deberá dejar de usar la Plataforma.

En caso de presentar una emergencia médica, debe comunicarse al 911 o los teléfonos de emergencias de su localidad.

Exclusiones de la Asistencia de Telemedicina

i. Quedan excluidos cualquier gasto originado con motivo de la compra de medicamentos, tratamientos derivados de la orientación telefónica o consulta médica.

ii. Este beneficio no aplica si el problema es debido a la actividad profesional del Asegurado o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas.

iii. Los Servicios de Asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta, sin previa autorización y/o notificación a la red de atención.

iv. Las situaciones o atenciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas o previamente realizadas.

v. Cuando el Asegurado se encuentre en condiciones psiquiátrico-agresivas o en estado agresivo como consecuencias del uso de narcóticos o alcohol.

vi. Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.

vii. La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

xiii. Enfermedades Mentales o alienación y estados depresivos.

ix. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.

xi. Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

3.5.2. Asistencia Médica Preventiva Mujer (Asistencia Adicional de Contratación Opcional)

Sólo si los servicios de asistencia están señalados en la Carátula de la Póliza como contratados, y la Usuaria haya contratado los servicios de Asistenvia Médica descritos en el numeral 3.5.1., la Institución se obliga a otorgar la Asegurada los Servicios de Asistencia Médica Preventiva a través del Proveedor y aplican únicamente dentro de la República Mexicana. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el Proveedor, la Institución será la única responsable frente a la Asegurada por la actuación del Proveedor en virtud del presente Contrato de Seguro.

Consulta Médico Especialista:

Cuando la Usuaria requiera la asistencia de un médico especialista, esto en consultorio médico con una cobertura de hasta $1,200.00 M.N. (mil doscientos pesos 00/100 Moneda Nacional). El servicio será brindado para las Especialidades de Obstetricia, Ginecología y Dermatología. Con un límite de 2 eventos al año.

Análisis Clínicos Adicionales

La Usuaria tendrá acceso a un análisis clínico o prueba de laboratorio en la red de laboratorios del Prestador, sin costo para el usuario. Este beneficio aplica para lo siguiente:

- Examen general de orina;
- Análisis de sangre factor RH;
- Química sanguínea de 12 elementos.

Cuenta con un límite de un evento al año.

Prevención Salud

La Usuaria tendrá acceso a un estudio o examen de diagnóstico en la red de proveedores del Prestador, teniendo acceso a lo siguiente:

- Mastografía;
- RX Torax;
- Papanicolaou.

Tiene un límite de 2 eventos al año.

3.5.3. Asistencia Funeraria (Asistencia Adicional de Contratación Opcional)

En caso de fallecimiento del Asegurado la Institución a través de su Proveedor, realizará todas las formalidades necesarias y se hará cargo de la coordinación y pago de los gastos del servicio funerario en el lugar donde haya ocurrido el deceso, **siempre que éste ocurra dentro de la República Mexicana**.

Los Servicios incluyen:

a) Recolección del cuerpo.
b) Arreglo estético del cuerpo.
c) Ataúd metálico estándar.
d) Sala de velación (El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional.)
e) Gestión de trámites.
f) Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
g) Servicio de tanatología. (En el área metropolitana es de manera presencial, para el interior de la república la consulta estará sujeta a disponibilidad.)
h) Asistencia legal telefónica.
i) Asistencial legal post fallecimiento.
j) Facilidades para celebrar servicios religiosos.
k) Atención y asesoría personalizada ante el Ministerio Público para la recuperación del finado en territorio nacional.

El beneficiario deberá dar aviso y solicitar la asistencia tan pronto como tenga conocimiento del fallecimiento y dentro del plazo máximo de cinco días naturales posteriores a la fecha del fallecimiento del Asegurado.

Opciones del servicio:

a) Cremación: servicio de cremación, urna básica, ataúd para velación
b) Inhumación: embalsamado, traslado en carroza, pago de derechos para la inhumación en cementerios, panteones civiles y municipales

Los traslados entre punto y punto con un máximo de 60 kilómetros, dentro de la misma localidad. Los familiares cubrirán un costo de $30.00 (Treinta pesos 00/100 M.N.) por kilómetro excedente.

El servicio no incluye fosa en panteones privados, ni nichos, apertura y cierre de fosa ni movimiento de monumentos.

Los Servicios de Asistencia Funeraria serán proporcionados por la Institución a través del Proveedor **y aplican únicamente dentro de la República Mexicana**.

Para Edades mayores de 70 años aplica periodo de espera de 90 días a partir de la fecha del alta del beneficio.

Exclusiones

El Servicio de Asistencia Funeraria no cubrirá lo siguiente:

a. Servicios fuera de la República Mexicana

b. Repatriación de restos.

c. Servicios funerarios fuera de la Red del Proveedor.

d. Gastos por servicios funerarios adicionales o diferentes a los cubiertos de conformidad con las presentes condiciones.

e. Servicios funerarios cuando el fallecimiento haya ocurrido por hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.

f. Transportación de deudos o acompañantes.

g. Traslado de cuerpo del Asegurado de una Entidad Federativa o Municipio a otra.

3.5.4. Terminación Servicios de Asistencia

Los Servicios de Asistencia mencionados en las presentes condiciones terminarán de manera automática, al presentarse cualquiera de los siguientes supuestos:

a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza;
b) En caso de terminación del Contrato, conforme a lo establecido en la cláusula 4.18 de las presentes Condiciones Generales.
c) En caso en que el Asegurado o Contratante solicite por escrito a la Institución la cancelación de uno o más Servicios de Asistencia descritos en las presentes Condiciones Generales; o
d) Para el caso de la asistencia funeraria al momento del otorgamiento del servicio.

4. Cláusulas Generales

4.1. Rectificación de la Póliza

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, tal como lo establece el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro
Este derecho se hace extensivo al Contratante.

4.2. Suicidio

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua de la Póliza, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución queda eximida el pago de la Indemnización correspondiente, quedando obligada solamente a devolver la reserva matemática que corresponda a la Póliza, este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.3. Vigencia del Contrato

Las partes convienen expresamente que el periodo de Vigencia del Contrato de Seguro será el que se establezca en la Carátula de Póliza, tendiendo como límite máximo 1 (un) año.

4.4. Zona de Cobertura (Territorialidad)

Para efectos de este Contrato de Seguro, solamente estarán protegidos los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana, entendiéndose como tales aquellos que residan durante un lapso mínimo de 6 (seis) meses continuos en la República Mexicana.

El Contratante estará obligado notificar a la Institución el lugar de residencia del Asegurado, así como cualquier cambio de residencia del mismo.

La Institución podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de Indemnización por Hospitalizaciones fuera del territorio nacional.

4.5. Prima

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante, a favor de la Institución, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, según establezca la Carátula de la Póliza.

La Prima vence al inicio de Vigencia estipulado en la Carátula de la Póliza.

4.6. Lugar de Pago

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Institución; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del Contratante o el comprobante de pago del banco emisor.

4.7. Periodo de Gracia

El Contratante/ Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total de la Prima o fracción de la misma, contados a partir de su vencimiento.
Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de Siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Institución podrá deducir de la Indemnización, el total de la Prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

4.8. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Asegurado o de la Institución se harán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

4.9. Edad

Para efectos de este Contrato, se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión de la Póliza. Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas establecidas en el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, transcrito en el Anexo del presente Contrato.

4.10. Siniestros

La Institución tendrá derecho a exigir al Beneficiario o en su caso, al propio Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el Beneficiario o Asegurado deberán comprobar a la Institución la realización del Siniestro, y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen, los informes médicos y estudios relacionados con el Evento Médico reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo a lo siguiente:

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Institución sobre cualquier Accidente, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que éste ocurra, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Institución, tan pronto como desaparezca el impedimento.

La Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación cuando:

- El Contratante o Asegurado obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Institución con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Institución sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Comprobación del Siniestro

1) Fallecimiento

El o los Beneficiarios tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, previa comprobación del fallecimiento del Asegurado.

La Institución pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Enunciativa más no limitativamente, la documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

i. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el reclamante (proporcionado por la Institución).
ii. Documentación del Asegurado:
   a. Original de la Póliza del Asegurado si la tuviere.
   b. Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización:
      1) Copia simple y original para cotejo del acta de nacimiento;
      2) Copia simple y original para cotejo de Acta de defunción;
      3) Copia simple y original para cotejo de identificación oficial (Credencial de elector, o Pasaporte o Cédula Profesional o Cartilla del Servicio Militar Nacional), si lo tuviera.

- Si el fallecimiento ocurre como consecuencia de una Enfermedad dentro de los primeros 12 (doce) meses de vigencia del presente Contrato, se requerirá copia simple del historial clínico completo;
- En caso en que por el acta de defunción pueda inferirse la muerte del Asegurado por suicidio se requerirá copia simple de las actuaciones completas ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación y certificado del Médico forense.

iii. **Respecto del Beneficiario(s) que solicita(n) la indemnización**:

a. Copia simple y original para cotejo de la Credencial de electro, del Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla del Servicio Militar Nacional.
b. Copia simple y original para cotejo de Acta de Matrimonio, en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge;
c. Copia simple y original para cotejo de documento que acredite el concubinato;
d. Copia simple y original para cotejo de Acta de nacimiento;
e. Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;
f. Copia del comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s) con antigüedad no mayor a tres meses.
g. Comprobante de inscripción para la firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella.
h. Copia simple y original para cotejo de Carta de Patria Potestad en caso de menoría de edad del beneficiario.

2) Invalidez Total y Permanente

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la Indemnización de este Beneficio es la siguiente:

i. Documentación del Asegurado: carátula de la Póliza, si la tuviere y copia simple cotejada contra original de: Acta de nacimiento; Credencial de elector o del Pasaporte.
ii. Historial Clínico completo, del padecimiento que origina el estado de invalidez;
iii. Forma MT-4 expedida por el I.M.S.S o su equivalente del I.S.S.S.T.E, o en su caso, dictamen de invalidez emitido por una institución médica o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
iv. Copia del primer recibo de pago de del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E por la invalidez.
v. En caso necesario, la Institución practicará los exámenes médicos que juzgue pertinentes.
vi. Si la invalidez ocurre como consecuencia de un Accidente:
    - Copia certificada del Actuaciones completas ante el Ministerio Público.

3) Hospitalización por Cualquier Causa

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la Indemnización de este Beneficio es la siguiente:

i. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
ii. Copia de la carátula de Póliza si lo tuviera.
iii. Solicitud de reclamación.
iv. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, al plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de Hospitalización, se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
v. Copia del comprobante de domicilio del Asegurado.
vi. Actuaciones de ministerio público, en caso necesario.

4.11. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de seguro, prescribirán en cinco (5) años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos (2) años en los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, los plazos para la prescripción a que se refiere esta cláusula no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento del mismo, y si se trata de la realización del Siniestro, desde

el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberá demostrar que hasta entonces ignoraban el mismo.

Tratándose de terceros Beneficiarios será necesario, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

4.12. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Seguros Afirme o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el juez. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negativa de la Institución Financiera, a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez, en caso de que el reclamante opte por demandar, podrá a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, en términos de lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

4.13. Beneficiarios.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado podrá en cualquier tiempo efectuar cambios en la designación de Beneficiarios mediante notificación a la Institución por escrito, indicando el nombre del o los nuevos Beneficiarios. La Institución pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya hecho conocimiento, quedando así liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Institución, y se haga constar en la presente Póliza, como lo previene el artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado debe designar Beneficiarios de forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los Beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Si habiendo nombrado varios Beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si sólo se hubiese designado un Beneficiario y este muriese antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiese designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiese renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la Indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciere de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

4.14. Interés Moratorio.

En caso de mora, la Institución de seguros deberá pagar al Beneficiario una Indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas transcrito en el Anexo del presente Contrato.

4.15. Agravación del riesgo.

Las obligaciones de la Institución cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del 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).

En términos de lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se informa al contratante y/o asegurado que si dicha agravación del riesgo no tiene influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de su prestación, aún y cuando no se cumpla con el aviso, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones:

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

“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 la Institución 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.

4.16. Pérdida de derecho a ser Indemnizado

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 Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), 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 vigente o cualquier ordanamiento legal que los sustituya; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre 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 algún tratado internacional en la materia antes mencionada, en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y 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.

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

La Institución 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

4.17. Omisiones e Inexactas Declaraciones

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y/o Asegurado al llenar la solicitud del seguro, están obligados a declarar a la Institución, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes que se le pregunten que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro, tal como lo prevé el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.18. Terminación Anticipada del Contrato.

Este Contrato podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a la Institución, adjuntando para tal efecto copia de la identificación con fotografía de su identificación o la de su representante si fuere personal moral. La Institución acusará el recibo de la solicitud, proporcionará un número de folio al Contratante para su seguimiento y le dará el trámite correspondiente.

La cancelación de la Póliza será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En este caso la Institución devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a la fecha de cancelación menos los gastos incurridos en un plazo máximo de 15 días hábiles en el domicilio de la Institución o al mismo medio bancario en el que se cargaba la prima.

4.19. Comunicaciones.

Todas las comunicaciones del Contratante o los Asegurados se enviarán por escrito directamente a la Institución en su domicilio social.

Las notificaciones que la Institución deba efectuar al Contratante, Asegurados o Beneficiarios, las realizará en el último domicilio que de ellos hayan registrado.

4.20. Informe sobre Comisiones a Intermediarios.

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

4.21. Renovación

Si a la fecha de vencimiento de cada periodo de Seguro, la edad alcanzada del Asegurado no fuera mayor a la edad de 64 (sesenta y cuatro) años, la póliza se renovará automáticamente salvo que el Asegurado solicite por escrito a la Institución la no renovación de la misma con al menos treinta días de anticipación a su vencimiento.

En caso de que se renueve la póliza, se aplicarán las tarifas y condiciones del seguro que para la fecha de renovación se encuentren registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mismas que guardarán congruencia con las originalmente contratadas.

Asimismo, la renovación reconocerá siempre el derecho de antigüedad al Asegurado para los siguientes efectos:

e) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
f) Los períodos de espera n podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y
g) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.
h) Los cambios que podrían darse en la renovación, será la aplicación de las tarifas vigentes, de acuerdo con la edad del Asegurado al momento de la renovación, dichos cambios podrán darse a conocer por la Institución a más tardar durante los primeros 30 días de la fecha de inicio de la nueva vigencia, plazo en el cual el contratante podrá optar por seguir pagando la prima o no.

4.22. Entrega de Documentación Contractual

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante al momento de la contratación y de manera personal los documentos en los que consten los derechos y obligaciones derivados del Contrato de seguro, siendo estos de manera enunciativa, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares aplicables y en su caso, los Endosos correspondiente. No obstante, la Institución

podrá entregar la documentación antes mencionada vía correo electrónico a la dirección electrónica proporcionada por el Contratante, siempre y cuando este último haya elegido dicho medio al momento de la contratación.

En caso de que la contratación y/o renovación de la presente Póliza se haya llevado a cabo a través de una persona moral no agente de seguros en los términos de la legislación aplicable, y el cobro de la Prima se realice con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la Institución, en un plazo máximo de 30 treinta días naturales posteriores a la fecha de contratación del seguro, le hará entrega al Asegurado o Contratante de la documentación relativa al Contrato de seguro celebrado y/o renovado; la entrega se hará en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería. Lo anterior en el entendido de que 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.

En caso de renovación tácita del Contrato, ésta en ningún caso excederá de un año.

En caso de que el Asegurado o Contratante no reciba la documentación mencionada en el plazo a que se refiere la presente cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Institución, cuyos domicilios se indican en la página en Internet www.afirmeseguros.com, o bien hacerlo del conocimiento de la Institución, a través de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), en cuyo caso la Institución deberá asegurar su recepción por parte del Asegurado, a través del mismo o de cualquier otro medio, incluyendo la entrega personalizada.

4.23 Operaciones y servicios por medios electrónicos.

El Contratante podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Institución ponga a su disposición y que se regulan en el documento denominado “Términos y Condiciones para el Uso de Medios Electrónicos”, el cual se puede consultar, en cualquier momento, en la página de internet www.afirmeseguros.com

Para efectos de la presente cláusula, se entenderá por medios electrónicos, la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, sean privados o públicos para (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios, (iv) entrega de avisos que deban darse el Contratante y la Institución en relación con este Contrato, y (v) cualesquiera otros que de tiempo en tiempo se incluyan en los “Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos”.

La celebración de operaciones conforme a lo establecido en la presente cláusula, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, siendo responsabilidad de ambas partes la celebración de operaciones en estos términos.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Hidalgo 234pte. Zona Centro, C.P. 64000. Tel: (81) 83-18.38.00 ext. 28565, correo electrónico: soluciones@afirme.com.

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros(CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx Página www.condusef.gob.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 12 de mayo de 2022, con el número CNSF-S0094-0183-2022/CONDUSEF-005324-01.

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO
Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

ANEXO: REFERENCIAS LEGALES

SEGURO VIDA HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA AFIRME

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.
Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

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

Artículo 52.- El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

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

I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro."

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

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

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

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

Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 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 pagare 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.

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

Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

<u>LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o

árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

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

ARTÍCULO 277.-En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.
Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.
Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración,

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

Artículo 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

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

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables. La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación.

La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

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

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

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

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

LEY 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.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:
I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

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

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

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

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

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia,

o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I.- Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

II.- Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito. Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III.- Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV.- Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I.- Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

II.- La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente

III.- Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;

IV.- Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

V.- La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI.- El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII.- Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o

máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcotico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II.- Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III.- Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

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

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de

éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de mayo de 2022, con el número CNSF-S0094-0183-2022/CONDUSEF-005324-01

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO
Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com

CONOZCA SUS DERECHOS BÁSICOS
COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO

Si usted es cliente de Seguros Afirme o pretende contratar con nosotros algún producto o servicio, es importante que conozca los derechos que tendrá antes y durante la contratación, así como en caso de siniestro.

Por favor lea detenidamente este folleto. Recuerde que estar bien informado, le ayudará a evitar imprevistos y a estar mejor protegido.

Antes de la contratación:

Usted tiene derecho a:

- Solicitar al agente o representante de ventas de Seguros Afirme, que le muestre la identificación que lo acredite como tal.
- Solicitar asesoría sobre el tipo de seguro que está buscando y las principales coberturas que requiere.
- Obtener información sobre la(s) póliza(s) que le proponga contratar, incluyendo el alcance real de las coberturas, límites, exclusiones, deducibles, vigencia, formas de pago, forma de conservar el seguro, así como de darlo por terminado.
- Seleccionar el o los productos que más se adapten a sus necesidades y solicitar una cotización sin costo.
  La cotización es para fines informativos, por lo que no lo obliga a contratar el seguro. La empresa tampoco estará obligada a otorgárselo, pero sí a respetar el precio cotizado durante 30 días naturales.

Durante la contratación:

Usted tiene derecho a:

- Antes de firmar cualquier documento, no olvide leer cuidadosamente cada uno de sus apartados, y a consultar cualquier duda al agente o representante de ventas.
- Llenar y entregar la documentación que le sea requerida, incluyendo las solicitudes y cuestionarios que resulten aplicables a cada tipo de seguro. No permita que otras personas llenen por usted, los formatos correspondientes.
- Asegúrese que la información que proporcione sea correcta, evitando entregar documentos incompletos, ilegibles o con espacios en blanco. Tenga en cuenta que cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a la aseguradora a dar por extinguidas sus obligaciones, aún después de contratado el seguro.
- Exigir y recibir al menos una copia de toda la documentación contractual, como carátula de póliza, condiciones generales, recibo de pago de primas y en su caso endosos.
- Si la póliza es contratada a través de un agente o intermediario, también podrá pedir que le informe el importe de la comisión o compensación que éste recibirá por su labor de venta.

En caso de siniestro:

- Reporte el siniestro a Seguros Afirme, llamando a los números telefónicos que aparecen en su póliza. Se le asignará un número de siniestro (para control y seguimiento interno) o acude directamente a nuestras oficinas.
- Una vez analizados los hechos suscitados y entregada la información correspondiente, tendrá derecho a recibir las prestaciones contratadas en su póliza, en caso de resultar procedentes, conforme al contrato de seguro.

- De ser procedente la reclamación, Seguros Afirme deberá cumplir con sus obligaciones dentro del plazo señalado en la póliza. En caso contrario, usted tendrá derecho a exigir una indemnización por mora, conforme a la ley de la materia.
- Usted gozará de un periodo de gracia estipulado en sus condiciones generales para pagar la prima de su seguro. En caso de siniestro que resulte procedente, tendrá derecho a recibir las prestaciones debidas, aunque la prima no se encuentre pagada, siempre y cuando el periodo de gracia no haya vencido.
- En cualquier momento podrá solicitar que se le entregue por escrito, la determinación que haga Seguros Afirme, sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación, así como los elementos que haya tomado en cuenta para tal efecto.

En cualquier momento podrá:

- Conocer a través de la CONDUSEF si usted es beneficiario de algún seguro de Vida, por medio del Sistema de Información sobre Asegurador y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB).
- Presentar una queja a la Unidad de Atención Especializada de Seguros Afirme, sobre los productos o servicios brindados, cuyos datos de contacto se indican más adelante y a través de la cual se le proporcionará una respuesta oportuna y clara.
- Solicitar asesoría y orientación a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) sobre cualquier tema relacionado con servicios financieros, incluyendo inconformidades sobre los mismos y la emisión de dictámenes técnicos en caso de controversia.

Ponemos a su disposición nuestro **Centro de Atención Telefónica**, en Monterrey al (81) 83-18-38-00 y para el resto de la República al (01-800) 723-4763.

Adicionalmente puede acudir a nuestra **Unidad de Atención Especializada,** ubicada en Hidalgo No. 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, Tel: (81) 83183800 ext. 28565, correo electrónico: soluciones@afirme.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de mayo de 2022, con el número CNSF-S0094-0183-2022/CONDUSEF-005324-01.

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO
Av. Hidalgo 234 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Jueves de 8:30 a 18:00 horas, Viernes de 8:30 a 16:00 horas |
www.afirmeseguros.com