



---

**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

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

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

<b>4.18</b>	<b>Terminación Anticipada del Contrato</b>	<b>29</b>
<b>4.19</b>	<b>Comunicaciones</b>	<b>30</b>
<b>4.20</b>	<b>Informe sobre Comisiones a Intermediarios</b>	<b>30</b>
<b>4.21</b>	<b>Renovación</b>	<b>30</b>
<b>4.22</b>	<b>Entrega de Documentación Contractual</b>	<b>30</b>
<b>4.23</b>	<b>Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos</b>	<b>31</b>

**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.** - Es la orientación profesional y especializada vía telefónica que el Prestador brindará al Usuario de acuerdo a las necesidades propias y específicas 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 Beneficiario 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 viaje 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 trastornos 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 relacionada 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 Usuaría haya contratado los servicios de Asistencia 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 Usuaría 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 Usuaría 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 Usuaría 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. Respetto 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:
  - o 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 ordenamiento 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 no 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](http://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](http://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](mailto: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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Página [www.condusef.gob.mx](http://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](http://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](mailto: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](http://www.afirmeseguros.com)