



**CONDICIONES GENERALES
PLAN DE VIDA INDIVIDUAL Y FAMILIAR AFIRME**

Seguros Afirme S.A. de C.V.,
Afirmе Grupo Financiero

No. Registro: CNSF-S0094-0376-2022 / CONDUSEF-005519-01.

ÍNDICE

1.	Definiciones	3
2.	Descripción de las Coberturas	5
2.1.	Cobertura Básica de Fallecimiento	5
2.1.1.	Edad	5
2.2.	Indemnización por Muerte en Accidente, Indemnización Doble por Muerte Accidental en Accidente Colectivo O Pérdidas Orgánicas En Accidente (Cobertura Adicional De Contratación Opcional)	6
2.2.1.	Exclusiones Cobertura Indemnización por Muerte en Accidente, Indemnización Doble por Muerte Accidental en Accidente Colectivo O Pérdidas Orgánicas En Accidente (Cobertura Adicional De Contratación Opcional)	7
2.2.2.	Cancelación de la Cobertura	8
2.3.	Enfermedades Graves (Cobertura Adicional de Contratación Opcional)	8
2.3.1.	Exclusiones Generales Cobertura Enfermedades Graves	12
2.3.2.	Periodo de Espera	13
2.3.3.	Beneficiario Cobertura Enfermedades Graves	14
2.3.4.	Cancelación de la Cobertura	14
3.	Asistencias	14
3.1.	Asistecia Funeraria	14
4.	Cláusulas Generales	16
4.1.	Prima	16
4.2.	Pago de la Prima	16
4.3.	Periodo de Gracia	16
4.4.	Beneficiarios	16
4.5.	Terminación del Seguro	17
4.6.	Disputabilidad	17
4.7.	Aviso de Siniestro	18
4.8.	Pago de la Suma Asegurada	18
4.9.	Indemnización por Mora	20
4.10.	Renovación	20
4.11.	Rehabilitación	20
4.12.	Vigencia del Contrato	21
4.13.	Rectificación de la Póliza	21
4.14.	Carencia de Restricciones	21
4.15.	Suicidio	21
4.16.	Moneda	21
4.17.	Deducciones	21
4.18.	Comunicaciones	22
4.19.	Modificaciones	22
4.20.	Prescripción	22
4.21.	Competencia	22
4.22.	Entrega de Documentación Contractual	22
4.23.	Informe sobre Comisiones a Intermediarios	23
4.24.	Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos	23
4.25.	Agravación del Riesgo	24
4.26.	Pérdida del Derecho a Recibir Indemnización	24

1. DEFINICIONES

Salvo que se indique lo contrario en las presentes Condiciones Generales, los siguientes términos (cuando se usen con mayúscula inicial) tendrán los significados que a continuación se establecen, mismos que están igualmente aplicados a las formas singular o plural:

“Accidente”.- Es aquél acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte o lesiones corporales en su persona.

“Accidente Amparado”.- Se entenderá por “Accidente Amparado” al Accidente definido como tal en el párrafo anterior, no proveniente de las causas ni efectos señalados en numeral 2.2.1., que ocurra durante la vigencia de la Póliza y que las lesiones que produzca se manifiesten dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente.

“Accidente Colectivo”.- Se entenderá por “Accidente Colectivo” al riesgo que ocurre como consecuencia de un Accidente:

- A) Que se tenga en algún vehículo público que no sea aéreo, en el cual viaje el Asegurado como pasajero, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por prestadores de servicios de transporte público, autorizada por las autoridades competentes, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular; o
- B) Que se tenga en algún ascensor al cual se tenga acceso por el público en general y el cual utilice el Asegurado para transportarse, quedando excluido expresamente el ocurrido en ascensores ubicados en minas; o
- C) A causa de incendio ocurrido en teatros, hoteles o cualquier edificio público, en el cual se encuentre el Asegurado al suscitarse el incendio.

“Apendicitis Aguda”.- Inflamación aguda con infección del apéndice cecal que requiere una intervención quirúrgica urgente, ya sea por laparotomía o laparoscopia.

“Asegurado”.- Significa conjunta o indistintamente el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes.

“Asegurado Dependiente”.- Significa el cónyuge, concubina o concubinario que posea legalmente tal carácter y en su caso, los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 24 (veinticuatro) años, dependan económicamente del Asegurado Titular, y aparezcan como Asegurados Dependientes en la Carátula de la Póliza o en el endoso aclaratorio correspondiente.

“Asegurado Titular”.- Significa la persona física que se designa con tal carácter, en la solicitud y en la Carátula de la Póliza o en el endoso aclaratorio correspondiente.

“Beneficiario”.- Significa la persona o personas que se designen con tal carácter por los Asegurados, cuyos nombres aparecen en la solicitud, en la Carátula de la Póliza o en el endoso aclaratorio correspondiente, o en su caso, las personas que se designen posteriormente por los Asegurados. También se considera beneficiario, la persona que compruebe haber realizado los Gastos Funerarios en los términos y condiciones establecidas en el segundo párrafo del numeral 2.1. de éstas Condiciones Generales.

“Cáncer”.- Significa la presencia de una Enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. El Diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica o citológica. Quedan cubiertos bajo esta definición leucemia, siempre que haya causado anemia y linfoma maligno, Enfermedad de Hodgkin y no hodgkin

con una clasificación Ann Arbor etapa 2 o mayor, Enfermedades malignas de la médula osea y cáncer metastático de piel.

“Ceguera”.- Pérdida total de la visión de ambos ojos o disminución permanente de la agudeza visual a 20/200, en el mejor ojo con la mayor corrección posible, y de un campo visual de 20 grados o menos.

“Contratante”.- Significa aquella persona que aparece con ese carácter en la Carátula de la Póliza y que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceros, el cual se compromete a realizar el pago de la Prima por concepto de seguro. El Contratante podrá ser el propio Asegurado, en caso de que sea diferente, se hará constar en la Póliza.

“Contrato”.- Significa el acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo, las declaraciones del Contratante y/o Asegurados, entendiéndose como tales los integrantes del grupo familiar, proporcionadas por escrito a la Institución en la Solicitud de Seguro, así como todos aquellos documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Asegurados como son la Póliza, Condiciones Generales, endosos y cualquier otro documento o cláusula adicional entregado por la Institución o a la Institución.

“Diagnóstico”.- Es el dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo, que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

“Enfermedad”.- Toda alteración de la salud física sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza que se origine independientemente de hechos accidentales por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico.

“Enfermedad Grave”.- Cualquiera de las Enfermedades siguientes:

- Infarto al miocardio, Accidente cerebro vascular agudo, cirugía arterio-coronaria (bypass), Alzheimer, Parkinson.
- Insuficiencia renal crónica
- Cáncer
- Parálisis Permanente de Miembros, Desmembramiento Accidental.
- Trasplante de órganos
- Quemaduras de Tercer Grado
- Apendicitis Aguda

“Enfermedades o Padecimientos Preexistentes”.- Son aquellos que con anterioridad a la contratación de este seguro:

- Se haya declarado su existencia, o
- El Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico, o
- Que sean comprobables mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico.

“Gastos Funerarios”.- Significa el beneficio adicional de reembolso de los gastos realizados por los Asegurados y derivados del fallecimiento de menores de 12 (doce) años con el carácter de Asegurados Dependientes en la Carátula de la Póliza o en los endosos aclaratorios correspondientes.

“Institución”.- Significa Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero.

“Práctica profesional de cualquier deporte”.- Actividad de ejercicio físico practicados voluntariamente de forma individual o en equipo, de forma regular dentro del ámbito de una organización y dirección de un club o entidad deportiva, a cambio de una remuneración.

“Pérdida de una Mano”.- la amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación, desde la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

“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.

“Prima”.- Significa la contraprestación por el riesgo de fallecimiento de los Asegurados o cualquier otra cobertura o beneficio adicional que se establezca en los endosos aclaratorios correspondientes, consistente en la suma de las cantidades respectivas a cada una de las coberturas contratadas, que el Contratante debe pagar a la Institución.

“Sistema TNM”.- Es el sistema de estadificación del cáncer, que se basa en el tamaño o extensión (alcance) del tumor primario (**T**), el grado de diseminación a los ganglios linfáticos (**N**) cercanos, y la presencia de metástasis (**M**) o de tumores secundarios que se formen por la diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo. Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor primario y el grado de diseminación del cáncer.

“Suma Asegurada”.- La cantidad fijada en cada una de las coberturas de la Póliza, que la Institución se obliga a pagar en caso de Siniestro.

“UMA”(Unidad de Medida de Actualización).- Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor y podrá ser consultado en <http://www.inegi.org.mx> y/o en el Diario Oficial de la Federación.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

2.1. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO.

En caso de fallecimiento de alguno de los Asegurados dentro la vigencia de la Póliza, la Institución, se obliga a pagar la Suma Asegurada que para cada uno de los Asegurados se determine en la Carátula de la Póliza y en el endoso aclaratorio correspondiente, a los Beneficiarios designados. En caso de que el Asegurado Titular o los Asegurados Dependientes llegaran a fallecer, se pagará la Suma Asegurada a sus Beneficiarios respectivos, subsistiendo el seguro para los demás Asegurados que se encuentren al corriente en el pago de la Prima.

En caso de contratación del beneficio de pago de Gastos Funerarios para hijos menores entre 2 y 11 años, mediante el pago de la Prima respectiva, la Institución se compromete a reembolsar la cantidad erogada por tal concepto, previa su acreditación ante la Institución con los recibos o facturas que reúnan los requisitos fiscales correspondientes. Los Gastos Funerarios que deba reembolsar la Institución será la suma Asegurada contratada, la cual no será mayor a 60 días el salario mínimo general vigente.

Si los Asegurados sobreviven a la fecha de terminación de vigencia, la cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

2.1.1 Edad

Las edades de contratación para el Asegurado Titular y su Cónyuge o Concubino(a) son de los 18 a los 59 años, siendo la edad máxima de renovación los 64 años.

Las edades de contratación para los hijos son de los 12 a los 25 años, siendo la edad máxima de renovación los 25 años.

En el caso de los hijos menores entre 2 y 11 años, sólo se otorgará el beneficio de Gastos Funerarios conforme a lo especificado en el apartado de definiciones, siendo la edad máxima de renovación los 11 años.

Las edades declaradas por los Asegurados deberán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Institución. Una vez hecha la anotación de "edad comprobada" en la Póliza respectiva, la Institución no podrá exigir nuevas pruebas de edad posteriormente.

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

Si la edad de los Asegurados estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijado por la Institución, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor que la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución 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 Institución 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 hubiere 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 Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse conforme a esta edad.

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 Institución" estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran 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.

2.2. INDEMNIZACIÓN POR MUERTE EN ACCIDENTE, INDEMNIZACIÓN DOBLE POR MUERTE ACCIDENTAL EN ACCIDENTE COLECTIVO O PÉRDIDAS ORGÁNICAS EN ACCIDENTE (COBERTURA ADICIONAL DE CONTRATACIÓN OPCIONAL)

Si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia de lesiones originadas directa e inmediatamente por un **Accidente Amparado** ocurrido durante la vigencia de este Seguro, la Institución indemnizará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la Póliza, al o los beneficiarios designados. En caso de que el fallecimiento ocurra en un accidente colectivo la indemnización a pagar para esta cobertura se duplicará.

O si como consecuencia de un Accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Institución pagará al Asegurado el porcentaje indicado en dicha tabla sobre Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura

Se entenderá como fallecimiento inmediato, aquél que ocurra a más tardar dentro de los noventa días siguientes después de ocurrido el Accidente.

Las edades de contratación para el Asegurado Titular y su Cónyuge o Concubino(a) son de los 18 a los 59 años, siendo la edad máxima de renovación los 64 años.

Las edades de contratación para los hijos son de los 18 a los 25 años, siendo la edad máxima de renovación los 25 años.

Tabla de Indemnizaciones

Pérdida de:	% Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Descripción del alcance de la pérdida orgánica indicada en la Tabla de Indemnizaciones:

- Pérdida de la mano a su amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación, a nivel de la articulación del puño o arriba de ella;
- Pérdida del pie a su amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación, a nivel desde la articulación del tobillo o arriba de ella;
- La pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función visual del ojo; y
- Pérdida del pulgar o índice, a su amputación quirúrgica o traumática, desprendimiento o separación cuando menos dos falanges completas de cada dedo indicado en la tabla antes descrita.

La responsabilidad máxima de la Institución en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada Pérdidas Orgánicas, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado.

2.2.1 EXCLUSIONES COBERTURA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE EN ACCIDENTE, INDEMNIZACIÓN DOBLE POR MUERTE ACCIDENTAL EN ACCIDENTE COLECTIVO O PÉRDIDAS ORGÁNICAS EN ACCIDENTE.

- 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. Lesiones sufridas en servicio militar, naval o aéreo, rescatista o de bomberos, de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares, con o sin porte de arma.**
- d. Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**
- e. Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- f. 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.**

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

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

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

j. 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.

k. 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. Se entenderá que el Asegurado se encuentra bajo los efectos de bebidas embriagantes cuando el nivel de alcohol en sangre del Asegurado sea superior a 0.8 gramos por litro, o con la prueba de aire espirado sea superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de éstas, será necesaria una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica.

l. Envenenamiento cualquier sea su origen o naturaleza, excepto accidental.

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

2.2.2. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura quedará cancelada al igual que todos los derechos derivados de la misma, en cualquiera de los siguientes casos:

- Al ocurrir el fallecimiento o pérdidas orgánicas del Asegurado;
- Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite por escrito la cancelación de esta cobertura.
- Al ocurrir el fallecimiento o pérdidas orgánicas del Asegurado, una vez realizada la indemnización al 100% de la suma asegurada de la presente cobertura.

2.3 ENFERMEDADES GRAVES (COBERTURA ADICIONAL DE CONTRATACIÓN OPCIONAL)

Mediante esta cobertura la Institución se obliga a pagar al Asegurado en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada especificada en la carátula de la póliza, la cual no podrá ser mayor a la Suma Asegurada de la cobertura básica, si durante la vigencia de dicha cobertura, se diagnostica que el Asegurado ha sufrido o ha desarrollado por primera vez, una de las Enfermedades Graves bajo las siguientes categorías:

- Infarto al miocardio, Accidente cerebro vascular agudo, cirugía arterio-coronaria (bypass), Alzheimer, Parkinson.
- Insuficiencia renal crónica
- Cáncer
- Parálisis Permanente de Miembros, Desmembramiento Accidental.
- Trasplante de órganos
- Quemaduras de Tercer Grado

- Apendicitis Aguda (**indemnizable al 20% de la Suma Asegurada**)

Las edades de contratación para el Asegurado Titular y su Cónyuge o Concubino(a) son de los 18 a los 59 años, siendo la edad máxima de renovación los 64 años.

A continuación, se definen las Enfermedades Graves incluidas en cada categoría:

I) Infarto de miocardio: Significa el Diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área pertinente.

Se deben satisfacer todos los siguientes criterios:

- Dolor típico en el centro del tórax sugestivo de ataque cardíaco;
- Incremento Diagnóstico de marcadores cardíacos específicos característicos para ataque cardíaco;
- Nuevos cambios electrocardiográficos de infarto; y
- Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anormalidades en la movilidad de la pared secundarias al ataque cardíaco.

Exclusiones particulares

- a) La angina de pecho estable o inestable.**
- b) Micro infartos con una elevación mínima de las troponinas T o I.**

II) Derrame o infarto cerebral. Un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

Suspensión súbita de las funciones cerebrales fundamentales, debida a un accidente cerebro vascular que produce secuelas neurológicas demostrables, demás de veinticuatro horas de duración y de causa isquémica o hemorrágica.

Debe quedar comprobada una deficiencia neurológica significativa, de una duración de por los menos tres meses.

Exclusiones particulares

- a) Los Accidentes Cerebro Vasculares transitorios.**
- b) Hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.**

III) Cirugía arterio-coronaria (Bypass): Significa la realización del injerto para la derivación de la arteria coronaria vía una toracotomía para corregir o tratar la Enfermedad de la arteria coronaria, siendo necesario contar con imágenes de la angiografía coronaria.

Exclusiones particulares

- a) Angioplastia con balón.**
- b) Otras técnicas basadas en catéteres**
- c) Procedimiento con rayos laser.**

IV) Alzheimer. Enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales.

El Diagnóstico definitivo de la Enfermedad debe de ser realizado antes de los 65 años de edad por un neurólogo, psiquiatra o geriatra.

Exclusiones particulares

a) Otros tipos de demencia.

- V) Parkinson.** Trastorno neurodegenerativo crónico que conduce con el tiempo a una incapacidad progresiva. Debiendo haber un impedimento permanente de la función motora con temblor asociado, rigidez en el movimiento e inestabilidad en la postura, que pueda ser demostrado clínicamente.

El Diagnóstico debe presentarse antes de los 65 años y haber sido realizado por un neurólogo.

Exclusiones particulares Enfermedad de Parkinson secundaria asociada al abuso de drogas.

- VI) Cáncer:** Significa la presencia de una Enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. El Diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica o citológica.

Quedan cubiertos bajo esta definición leucemia, siempre que haya causado anemia y linfoma maligno, Enfermedad de Hodgkin y no hodgkin con una clasificación Ann Arbor etapa 2 o mayor, Enfermedades malignas de la médula osea y cáncer metastático de piel.

Exclusiones particulares

a) Toda forma de tumores benignos;

b) Los estudios precoces de los tumores malignos que son todas aquellas neoplasias que logran su curación total con gestos mínimos de tratamiento y/o prácticas médicas, cuyos costos de curación resultan de bajo impacto económico, quedando incluidos de manera enunciativa, entre otros los siguientes:

- **Etapa A del Cáncer del Colon de la clasificación de Dukes;**
 - **Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en el Sistema TNM como T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o que sean de otra clasificación equivalente o menor);**
 - **Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos;**
 - **Carcinoma in situ, no invasivo;**
 - **Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3.**
- c) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;**
- d) Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T0;**
- e) Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor en el Sistema TNM y si en un centímetro o menos de diámetro hay metástasis;**
- f) Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5 mm de espesor de Breslow o menor al nivel III de tipo no metastásico.**
- g) Cualquier tumor maligno clasificado al menos como T1N0M0 en el Sistema TNM.**

- h) Todos los tumores en presencia de infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**
- i) Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio A de Binet.**

VII) Insuficiencia renal crónica: Significa la falla renal terminal que se presenta con insuficiencia irreversible y crónica de la función de ambos riñones, como resultado de la cual se inicia diálisis renal en forma regular o se lleva a cabo el trasplante renal.

Exclusiones particulares

- a) Diálisis temporal por falla real considerada como reversible después de algunas semanas de tratamiento.**

VIII) Parálisis permanente de miembros. Consiste en la completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y/o una pierna, a través de una parálisis causada por Enfermedad o lesión.

La irreversibilidad de la Invalidez debe estar comprobada por las evidencias neurológicas apropiadas y estar presente por más de seis meses, habiendo intentado sin resultados las medidas de rehabilitación apropiadas.

Exclusiones particulares

- a) Lesiones auto-infligidas.**
- b) Parálisis ocasionada por infarto y/o parálisis cerebral.**
- c) Parálisis ocasionada por Esclerosis múltiple.**

IX) Desmembramiento accidental.

Asimismo, están cubiertas la pérdida o anquilosamiento accidental de ambas manos, ambos pies o la Pérdida de una Mano y un pie a nivel de la articulación carpometacarpiana, tibiotarsiana o arriba de ellas.

Sordera: Pérdida bilateral de la audición con un umbral por arriba de 90 decibeles y sin posibilidad de mejorar con la ayuda de audífonos o aparatos auditivos.

Ceguera: Pérdida total de la visión de ambos ojos o disminución permanente de la agudeza visual 20/200, en el mejor ojo con la mayor corrección posible, y de un campo visual de 20 grados o menos.

X) Trasplante de órgano mayor: Significa el trasplante de órgano humano, de un donador al Asegurado de uno o más de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea. Lo anterior en el entendido de que el pago de la indemnización se realizará una vez realizado el trasplante.

Incluye la cobertura del seguro únicamente al receptor y no al donador.

Exclusiones particulares

- a) Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.**
- b) Únicamente transplante de islotes de Langerhans.**
- c) No aplica indemnización para el trasplante de órganos en caso de la insuficiencia renal, cuando ya se hubiera cubierto la indemnización por esta**

causa; así mismo, en el caso de trasplante de corazón cuando ya se hubiera cubierto el infarto del miocardio.

XI) Quemaduras de Tercer Grado. Quemaduras que afectan las capas profundas de la piel y también se denominan quemaduras de espesor completo, comprometiendo la capacidad de regeneración cutánea, siendo necesarios los injertos de piel.

La extensión de la quemadura debe de ser al menos del 20% de la superficie corporal.

XII) Apendicitis aguda. Inflamación aguda con infección del apéndice cecal que requiere una intervención quirúrgica urgente ya sea por laparotomía o laparoscopia.

Se requiere estudio histopatológico de la pieza extirpada que confirme el proceso inflamatorio del apéndice.

Exclusiones particulares

a) Apendicetomía profiláctica practicada durante un procedimiento quirúrgico abdominal de otra naturaleza.

Con el Diagnóstico de una Enfermedad Grave del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Cobertura.

Si al finalizar el plazo de vigencia de esta Cobertura, señalado en la carátula de la Póliza, el Asegurado no ha sufrido o desarrollado por primera vez, alguna de las Enfermedades Graves amparadas, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

Cuando derivado del pago de uno o más siniestros a consecuencia del Diagnóstico de una Enfermedad grave se agote la Suma Asegurada para esa categoría de Enfermedades Graves, dicha categoría será cancelada, manteniéndose vigentes las sumas aseguradas para el resto de las categorías.

El pago de la indemnización se realizará en pesos mexicanos considerando el tipo de cambio a la fecha del pago conforme a la moneda indicada en la carátula de la Póliza.

2.3.1 Exclusiones Generales Cobertura Enfermedades Graves

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es consecuencia de:

- a) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, para efecto de esta exclusión se considera que un Padecimiento es Preexistente cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:**
- **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un Diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico.**
 - **Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

- Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un Diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- b) Enfermedades que no sean las descritas en Enfermedades cubiertas de acuerdo a su definición.
- c) Un acto intencional o auto-infringido.
- Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
 - Virus de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA.
 - Enfermedades Graves en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/SIDA o Seropositivo al VIH o Enfermedades de la sangre.
 - Padecimientos resultantes de la práctica de motociclismo, box, lucha libre o greco romana, charrería tauromaquia, cacería, alpinismo, espeleología, deportes hípicos y de buceo, clavados, salto en bungee o cualquier actividad o deporte peligroso que se practique de manera amateur y/o ocasional.
- d) Cualquier Accidente y todo padecimiento que sea consecuencia directa del mismo, excepto si se trata de un accidente cerebro vascular.
- e) Enfermedades congénitas.
- f) Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad, infertilidad y/o esterilidad.
- g) Cualquier indemnización solicitada que se base en un Diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico Especialista en la Enfermedad o que sea miembro de la familia del Asegurado hasta de cuarto grado sin importar si es un Médico Especialista.

2.3.2. PERIODO DE ESPERA

La cobertura de este Beneficio no operará si el primer Diagnóstico de la Enfermedad Grave ocurre dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha de inicio de vigencia o de la última rehabilitación de esta cobertura.

2.3.3. BENEFICIARIO COBERTURA ENFERMEDADES GRAVES

Para este beneficio adicional, el Asegurado será el Beneficiario, es decir, quien recibirá la indemnización por el beneficio contratado.

Si el Asegurado fallece como consecuencia de la Enfermedad Grave amparada por este beneficio, y es procedente la reclamación conforme a las presentes condiciones y a las condiciones generales de la póliza, la indemnización será pagada a los Beneficiarios designados para el beneficio básico de fallecimiento.

2.3.4. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura quedará cancelada al igual que todos los derechos derivados de la misma, en cualquiera de los siguientes casos:

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado;
- Al Diagnóstico y pago de la indemnización correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas bajo este Beneficio;
- Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite por escrito la cancelación de esta cobertura.

3 **ASISTENCIAS**

La Institución se obliga a otorgar al Asegurado Titular, y en su caso Asegurados Dependientes, los Servicios de Asistencia Funeraria, 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 de "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?

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Usuario deberá llamar a los teléfonos XXXXXXXXXXXX del Proveedor, facilitando los datos siguientes:

1. Indicar el número telefónico donde, podrá contactar con el Usuario, así como todos los datos que el Coordinador le solicite para localizarlo.
2. Nombre y número de tarjeta o Póliza emitida por la Institución.
3. Proporcionar al Proveedor, cualquier otro documento que solicite, siempre y cuando sea razonable en términos de la ley.
4. El servicio es garantizado 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.**

3.1. ASISTENCIA FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, y en su caso Asegurados Dependientes, 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.

Las edades de aceptación son de los 12 a los 59 años, siendo la edad máxima de renovación los 64 años.

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.**

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.**

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 4.5 de las presentes Condiciones Generales.

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1. PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la Prima convenida por la cantidad que se indica en la Carátula de la Póliza o en los endosos aclaratorios correspondientes. La Prima será la que corresponda según el número de integrantes del grupo familiar y características del mismo, así como de acuerdo con la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la Póliza.

4.2. PAGO DE LA PRIMA

La Prima a cargo del Contratante vence desde el momento de la celebración del Contrato por lo que se refiere al primer período de Seguro, entendiéndose por período de Seguro, el lapso de tiempo para el cual resulte calculada la unidad de la Prima. Las Primas posteriores, se entenderán vencidas al comienzo de cada período.

La Prima será pagadera en las oficinas de la Institución, contra entrega del recibo que otorgue la misma. Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria, tarjeta de crédito o descuento por nómina que autorice el Contratante o Asegurado, en cuyo caso, el Estado de Cuenta será prueba plena del pago de las Primas correspondientes, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo correspondiente.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima, cuyas exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre ambas partes.

4.3. PERIODO DE GRACIA

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total de la Prima o cada una de las fracciones pactadas en el Contrato, contados a partir de su vencimiento, si el pago no ha sido efectuado transcurrido dicho plazo, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

4.4. BENEFICIARIOS

Para el caso de que cualquier Asegurado designe menores de edad como Beneficiarios, no deberán señalar a un mayor de edad como representante de los menores, para efecto de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior en virtud de que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación 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, 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.

Siempre que no exista restricción legal, los Asegurados pueden cambiar el o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Institución. Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Institución hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se aplicará cuando el Beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción incrementará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

4.5 TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro bajo esta Póliza terminará por la primera de las siguientes eventualidades:

1. La fecha de término de la vigencia señalada en la carátula de la Póliza.
2. Falta de pago de Primas del Seguro.
3. A solicitud por escrito del Contratante y/o Asegurado, mediante notificación por escrito presentado en las oficinas de la Institución, caso en el que se devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente al tiempo de vigencia restante a través del mismo medio en que fue pagada la prima y dentro de un plazo no mayor a 30 días siguientes a la fecha de solicitud de la cancelación.
4. Al encontrarse fuera de las edades señaladas para cada cobertura como edades de aceptación o renovación.

4.6 DISPUTABILIDAD

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme al cuestionario contenido en la solicitud base de esta Póliza, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del Siniestro, entendiéndose como éste, el fallecimiento del Asegurado o cualquier otro riesgo del Asegurado cubierto en los endosos o beneficios adicionales correspondientes. Lo anterior como lo previenen los artículos 8, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mismos que se transcriben a continuación:

“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 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 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”.

A partir del momento en que se cumplan dos años, contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o en su caso, desde la fecha de su rehabilitación, este Contrato no podrá ser rescindido por causa de omisiones o inexactas declaraciones. Cuando posteriormente a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación, el Asegurado presente cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera la Institución para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la Suma Asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese periodo, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

4.7 AVISO DE SINIESTRO

El reclamante deberá dar aviso por escrito a la Institución sobre cualquier evento 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. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mismos que se transcriben a continuación:

“Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

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

“Artículo 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”

4.8 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

Los últimos Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el numeral 4.4., previa la comprobación de la muerte del Asegurado.

Los Gastos Funerarios de los Asegurados Dependientes que sean menores de 12 años, serán reembolsados en los términos y condiciones establecidos en el segundo párrafo del numeral 2.1. de éstas Condiciones Generales, previa presentación los recibos o facturas que reúnan los requisitos fiscales correspondientes, respecto a los gastos funerarios efectuados.

Fallecimiento

El o los Beneficiarios tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Numeral 4.4. “Beneficiarios” de las presentes Condiciones Generales, 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.

- 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.

Enfermedades Graves

La Institución pagará la indemnización correspondiente al Asegurado 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

- i. Formato de reclamación firmado por el Asegurado o un representante debidamente acreditado del mismo;
- ii. Formato del Informe Médico, el cual deberá estar llenado por el Médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que además, no tenga parentesco hasta el 2º grado consanguíneo con el Asegurado, o bien, se podrá entregar el historial clínico con el nombre completo del paciente elaborada por el médico tratante, indicando el número de cédula profesional, y, en dado caso, el de la especialidad correspondiente debidamente firmada por éste;
- iii. Estudios de laboratorio y/o estudios de gabinete que amparen la enfermedad grave.
La Institución se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que ésta designe, y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado;
- iv. 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.

Por Muerte en Accidente, Indemnización Doble por Muerte Accidental en Accidente Colectivo O Pérdidas Orgánicas en Accidente.

La Institución pagará la indemnización correspondiente al Asegurado y en caso de Fallecimiento 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.

- 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 (en caso de Fallecimiento);
 - 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.

La Institución está facultada para exigir al Asegurado o Beneficiario, toda clase de pruebas e información sobre los hechos relacionados con el Accidente Amparado, por medio de los cuales pueda determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, a efecto de determinar la procedencia de la indemnización. De acuerdo con lo anterior, la Institución podrá solicitar dictámenes y exámenes médicos, pruebas periciales, actuaciones completas y resoluciones judiciales o administrativas hasta las instancias que determine conducentes para cada supuesto.

Las indemnizaciones establecidas en esta Cobertura, se concederán únicamente si se presenta a la Institución, prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra, ocurrieron durante la vigencia de la Póliza a la que se adiciona este Beneficio y que la muerte del Asegurado, ocurrió dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del Accidente

- i. **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.

4.9 INDEMNIZACIÓN POR MORA

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 Fianzas.

4.10 RENOVACION

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:

- c) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;**
- d) Los períodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y**
- e) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.**
- f) 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.**

4.11 REHABILITACIÓN

En caso de que los efectos del Contrato hubiesen cesado por falta de pago de Primas, el Contratante o el Asegurado podrán proponer su rehabilitación a la Institución, mediante las siguientes condiciones:

Que lo soliciten por escrito, y se compruebe a la Institución que el Asegurado reúne las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud;

Para llevar a cabo la Rehabilitación de éste Contrato, es necesario que el Asegurado cubra la Prima o Primas adeudadas.

El Contrato se considerará nuevamente rehabilitado, adquiriendo nuevamente su vigencia, a partir del día en que el Asegurado haya realizado el pago de las Primas correspondientes, previa obtención de la aceptación de la propuesta de Rehabilitación por parte de la Institución.

4.12 VIGENCIA DEL CONTRATO

El Contrato entrará en vigor desde el momento en que el Contratante tuviere conocimiento de la aceptación por parte de la Institución, continuando vigente por el período señalado en la Carátula de la Póliza, mientras ésta no sea cancelada, siendo renovable al término de cada período.

El Contrato terminará por la expiración del plazo de seguro si este no se renueva por cualquiera de las situaciones que se mencionan en las presentes Condiciones Generales.

4.13 RECTIFICACION DE LA POLIZA

"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". Lo anterior como lo dispone expresamente el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La solicitud de rectificación a que se refiere el presente párrafo deberá presentarse por escrito ante la Institución.

4.14 CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no estará sujeto a restricción alguna por residencia, viajes, ocupación y género de vida de los Asegurados.

4.15 SUICIDIO

En caso de fallecimiento por suicidio de los Asegurados, ocurrido dentro de los primeros dos años de vigencia de este Contrato o de su última rehabilitación, cesará la obligación de la Institución por el pago de la Suma Asegurada, limitándose su obligación al pago de la reserva matemática que la Institución tenga constituida a la fecha del fallecimiento, conforme a lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que establece lo siguiente:

"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."

4.16 MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante o Asegurado a la Institución, o de ésta al Asegurado o Beneficiarios, deberán efectuarse en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. En caso de Pólizas denominadas en Moneda Extranjera, se conviene que los pagos que el Contratante o Asegurado tenga que hacer a la Institución o los que esta haga a aquellos por cualquier concepto con motivo de este Contrato se deberán efectuar en Moneda Nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago, en los términos indicados por la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos.

4.17 DEDUCCIONES

Cualquier prima vencida y no pagada, así como cualquier adeudo derivado de esta Póliza, podrán ser deducidos por la Institución de cualquier indemnización que proceda.

4.18 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Institución deberán dirigirse al domicilio social señalado en la Carátula de esta Póliza. Los Agentes de Seguros no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre o representación de la Institución.

En caso de que la Institución cambie de domicilio deberá comunicarlo al Asegurado para todos los avisos y comunicaciones que éste deba hacer a la Institución y para todos los efectos legales a que haya lugar.

Los requerimientos y comunicaciones que la Institución deba hacer al Asegurado deberá hacerlos al último domicilio que de ellos conozca la Institución.

4.19 MODIFICACIONES

Cualquier modificación al presente contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

4.20 PRESCRIPCION

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro, prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos años en los demás casos, contados ambos términos a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio cuyas reglas se establecen en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

4.21 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 Fianzas.

4.22 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la póliza al momento de la contratación del seguro 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 Endosos. 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 por vía telefónica y/o 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 que el Asegurado o Contratante no reciba la documentación mencionada en el plazo a que se refiere el párrafo inmediato anterior, 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.

En caso de que el Asegurado o Contratante desee dar por terminado el seguro contratado en la forma prevista por la presente cláusula, con cargo a su tarjeta de crédito o cuenta bancaria, con el fin de que éste no sea renovado o bien para que sea cancelado, deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica para realizar el trámite en donde la Institución le dará un número de folio o confirmación que haga constar la cancelación o la no renovación del seguro.

Centro de Atención Telefónica:

Desde Monterrey:
(81) 83-18-38-74

Desde México, D.F.
(55) 51-40-30-50

Desde cualquier parte de la República Mexicana:
01-800-723-47-63

4.23 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.

4.24 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.

4.25 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 y 60 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.

4.26 PÉRDIDA DEL DERECHO A RECIBIR INDEMNIZACIÓN.

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.

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 (CNSF), a partir del día 18 de agosto de 2022, con el número CNSF-S0094-0376-2022 / CONDUSEF- 005519-01.

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

Artículo 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 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

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

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

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si 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 78.- La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave.

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.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes

inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la

Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

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

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

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

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

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEY 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 partícipe 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 narcótico 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 concurren 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 inculpaado 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 (CNSF), a partir del día 18 de agosto de 2022, con el número CNSF-S0094-0376-2022 / CONDUSEF- 005519-01.

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 (CNSF), a partir del día 18 de agosto de 2022, con el número CNSF-S0094-0376-2022 / CONDUSEF-005519-01.

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