

**CARÁTULA DE PÓLIZA
MICROSEGURO VIDA GRUPO
RECÍPROCO AFIRME**

Póliza:

Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
------------------------	------------------------

Producto	Línea de Negocio	Forma de Pago	Moneda
-----------------	-------------------------	----------------------	---------------

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE

C.P.

ID CONTRATANTE: R.F.C.

TIPO DE GRUPO ASEGURADO:

SUMAS ASEGURADAS

Total Básica Inicial	Máxima sin requisitos de Asegurabilidad
----------------------	---

COBERTURAS

Contribución de los miembros al pago de la prima	%	Total de Primas
		Prima Neta
		Tasa de Financiamiento
Tipo de Administración		Gastos de Expedición
		I.V.A.
		Prima Total Anual

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el 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".

Pago del Seguro. La Compañía pagará la Suma Asegurada de la cobertura a favor de los reclamantes dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. El comprobante de pago de la prima que la Institución emita al Contratante, servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los veinticuatro meses de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El presente seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitantes, las cuales le invitamos a consultar dentro de las Condiciones Generales disponibles en nuestra página www.afirmeseguros.com. La información completa se le entregará al Asegurado, ya sea de manera electrónica o impresa, de acuerdo al medio en que lo haya solicitado.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo asesoria@condusef.gob.mx, página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 21 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0094-0302-2025/CONDUSEF-006978-03.

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
Siniestros: 800-723-47-63 | Las 24 horas del día los 365 días del año

Funcionario Autorizado

En testimonio de lo cual la Institución firma el presente documento en la ciudad de Monterrey, N.L. el día ____ de ____.

Certificado Individual para formar parte del Microseguro Vida Grupo Recíproco AFIRME solicitado a **Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero**, por el grupo al que pertenezco.

DATOS GENERALES

Número de Póliza	Vigencia de la Póliza
Número de Certificado	Vigencia del Certificado

CONTRATANTE O RAZÓN SOCIAL

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre(s) del asegurado	Apellido Paterno	Apellido Materno		
Correo Electrónico	Teléfono	Celular	Referencia	
CURP	RFC	Fecha de Nacimiento		
		dd	mm	aaaa
Sexo	Nacionalidad	Estado (Entidad Federativa)		
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Forma y plazo del pago de la prima:

El comprobante de pago de la prima que la Institución emita al Contratante, servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

Cobertura(s)

Cobertura(s)	Suma Asegurada o Regla para Determinarla	Descripción de la Cobertura y edades de aceptación y renovación.

HIJOS DEL ASEGURADO TITULAR PARA BENEFICIO DE REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Edad	Sexo

DATOS DEL ASEGURADO FAMILIAR RECÍPROCO

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	SEXO

Cobertura del Seguro:

Si durante la vigencia del seguro llegare a fallecer alguno de los Asegurados, la Institución pagará al Beneficiario respectivo, la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de Pago del Seguro. Con el pago de la Suma Asegurada al ocurrir el fallecimiento de uno de los Asegurados, cesarán las obligaciones de la Institución y la póliza quedará cancelada.

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el importe de la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Familiar Recíproco quién será su único Beneficiario.

En caso de fallecimiento del Asegurado Familiar Recíproco el importe de la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Titular quién será su único Beneficiario.

En el caso de que el Asegurado Titular y el Asegurado Familiar Recíproco fallecieran de forma simultánea, la Institución pagará la Suma Asegurada a la sucesión legal del Asegurado Titular.

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los veinticuatro meses de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Procedimiento de reclamación y pago de la indemnización.

Aviso de Siniestro:

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Institución, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del mismo y del derecho constituido a su favor. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Pago del Seguro.

La Institución pagará la Suma Asegurada de la cobertura a favor de los reclamantes dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. El Beneficiario deberá tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor, ponerlo en conocimiento de la Institución por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La Prima anual no vencida que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

Transcripción artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

“Artículo 17. Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hercelo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”

“Artículo 18. Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

Advertencia: Este producto cuenta con exclusiones y limitantes, consúltelas en las condiciones generales entregadas a la contratación del mismo o bien en www.afirmeseguros.com

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com.

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF): Av. Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, D.F., Teléfono (55) 53400999, Correo asesoria@condusef.gob.mx, página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 21 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0094-0302/CONDUSEF-006978-03.

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

CLÁUSULAS DEL REVERSO DEL CERTIFICADO

Cobertura por Fallecimiento. Si durante la vigencia del seguro llegare a fallecer alguno de los Asegurados, la Institución pagará al Beneficiario respectivo, la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de Pago del Seguro. Con el pago de la Suma Asegurada al ocurrir el fallecimiento de uno de los Asegurados, cesarán las obligaciones de la Institución y la póliza quedará cancelada.

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los veinticuatro meses de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

BENEFICIO DE CONTRATACIÓN ADICIONAL Y/O OPCIONAL

Reembolso de Gastos Funerarios

Sólo si esta beneficio está señalado en el Certificado Individual como amparado, si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado Titular incurriera en gastos funerarios relativos y propios para llevar a cabo el servicio funerario a consecuencia del fallecimiento de cualesquiera de sus hijos especificados en el Certificado o Consentimiento Certificado que tuvieran una edad entre seis meses y menor a 18 años al momento de fallecimiento, la Institución se obliga a reembolsar al Asegurado Titular, previa presentación de los comprobantes fiscales relativos a los gastos funerarios efectuados por el fallecimiento de dichos menores. **Dicho reembolso podrá ser hasta el equivalente a 10 (diez) veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).**

No se considerarán gastos funerarios aplicables para reembolso los de alimentos, bebidas, renta de transporte para traslado de deudos o acompañantes, o cualquier otro tipo de gasto no relacionado con los gastos funerarios que cubran el servicio correspondiente de los menores.

Prescripción.

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, por tratarse de un seguro de vida, prescribirán en cinco años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos de lo establecido en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

Competencia:

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Indemnización por mora.

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al Asegurado o Beneficiario una Indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Consentimiento - Certificado individual para formar parte del Microseguro Vida Grupo Recíproco AFIRME solicitado a **Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero**, por el grupo al que pertenezco

DATOS GENERALES

Número de Póliza	Vigencia de la Póliza
Número de Certificado	Vigencia del Certificado

CONTRATANTE O RAZÓN SOCIAL

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre(s) del asegurado	Apellido Paterno	Apellido Materno		
Correo Electrónico	Teléfono	Celular	Referencia	
CURP	RFC	Fecha de Nacimiento		
		dd	mm	aaaa
Sexo	Nacionalidad	Estado (Entidad Federativa)		
H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Forma y plazo del pago de la prima:

El comprobante de pago de la prima que la Institución emita al Contratante, servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

Cobertura(S)

Cobertura(s)	Suma Asegurada o Regla para Determinarla	Descripción de la Cobertura y edades de aceptación y renovación.

HIJOS DEL ASEGURADO TITULAR PARA BENEFICIO DE REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Sexo

DATOS DEL ASEGURADO FAMILIAR RECÍPROCO

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el importe de la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Familiar Recíproco quién será su único Beneficiario.

En caso de fallecimiento del Asegurado Familiar Recíproco el importe de la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Titular quién será su único Beneficiario.

En el caso de que el Asegurado Titular y el Asegurado Familiar Recíproco fallecieran de forma simultánea, la Institución pagará la Suma Asegurada a la sucesión legal del Asegurado Titular.

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

Lugar y Fecha:

CONSENTIMIENTO

PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTE CONSENTIMIENTO, HAGO CONSTAR QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL MISMO LAS HE HECHO PERSONALMENTE, SON VERIDICAS Y ESTAN COMPLETAS.

Cobertura del Seguro:

Si durante la vigencia del seguro llegare a fallecer alguno de los Asegurados, la Institución pagará al Beneficiario respectivo, la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de Pago del Seguro. Con el pago de la Suma Asegurada al ocurrir el fallecimiento de uno de los Asegurados, cesarán las obligaciones de la Institución y la póliza quedará cancelada.

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los veinticuatro meses de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Procedimiento de reclamación y pago de la indemnización.

Aviso de Siniestro:

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Institución, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del mismo y del derecho constituido a su favor. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Pago del Seguro.

La Institución pagará la Suma Asegurada de la cobertura a favor de los reclamantes dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para acreditar la existencia del Siniestro. El Beneficiario deberá tan pronto tenga conocimiento de la existencia del Siniestro, y del derecho constituido a su favor, ponerlo en conocimiento de la Institución por escrito en un plazo máximo de 5 (cinco) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La Prima anual no vencida que no haya sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

Advertencia: Este producto cuenta con exclusiones y limitantes, consúltelas en las condiciones generales entregadas a la contratación del mismo o bien en www.afirmeseguros.com

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Juárez 800 Sur, Colonia Centro, Monterrey, Nuevo León, C.P. 64000, entre José María Morelos y Padre Mier. Tel: (81) 8318 3900 ext. 27419 y 24206, correo electrónico: soluciones@afirme.com.

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF): Av. Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, D.F., Teléfono (55) 53400999, Correo asesoria@condusef.gob.mx, página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 21 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0094-0302-2025/CONDUSEF-006978-03.

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

CLÁUSULAS DEL REVERSO DEL CERTIFICADO

Cobertura por Fallecimiento. Si durante la vigencia del seguro llegare a fallecer alguno de los Asegurados, la Institución pagará al Beneficiario respectivo, la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de Pago del Seguro. Con el pago de la Suma Asegurada al ocurrir el fallecimiento de uno de los Asegurados, cesarán las obligaciones de la Institución y la póliza quedará cancelada.

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los veinticuatro meses de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante del Grupo Asegurado al cual corresponda el Certificado Individual: Este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

BENEFICIO DE CONTRATACIÓN ADICIONAL Y/O OPCIONAL

Reembolso de Gastos Funerarios

Sólo si esta beneficio está señalado en el Certificado Individual como amparado, si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado Titular incurriera en gastos funerarios relativos y propios para llevar a cabo el servicio funerario a consecuencia del fallecimiento de cualesquiera de sus hijos especificados en el Certificado o Consentimiento Certificado que tuvieran una edad entre seis meses y menor a 18 años al momento de fallecimiento, la Institución se obliga a reembolsar al Asegurado Titular, previa presentación de los comprobantes

fiscales relativos a los gastos funerarios efectuados por el fallecimiento de dichos menores. **Dicho reembolso podrá ser hasta el equivalente a 10 (diez) veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).**

No se considerarán gastos funerarios aplicables para reembolso los de alimentos, bebidas, renta de transporte para traslado de deudos o acompañantes, o cualquier otro tipo de gasto no relacionado con los gastos funerarios que cubran el servicio correspondiente de los menores.

Prescripción.

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, por tratarse de un seguro de vida, prescribirán en cinco años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos de lo establecido en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, los plazos para la prescripción a que se refiere esta cláusula no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento del mismo, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberá demostrar que hasta entonces ignoraban el mismo. Tratándose de terceros Beneficiarios será necesario, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

Competencia:

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio

de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

derivado de este Contrato de Seguro serán compensados de la liquidación correspondiente.

Indemnización por mora.

En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al Asegurado o Beneficiario una Indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

COPIA
SIN
VALOR