

SEGURO VIDA GRUPO CANCER A PRIMER DIAGNOSTICO AFIRME

CONDICIONES GENERALES

VIDA

¿Qué hacer en caso de siniestro?

LLAMA AL CENTRO DE ATENCIÓN TELÉFONICA



Reporta el siniestro a nuestro teléfono:

800 - 723 - 47 - 63

Servicio las 24 horas del día los 365 días del año.



AL REPORTARLO, MENCIONA:

- Número de póliza
- Causa de siniestro o motivo de reporte
- Nombre del asegurado
- Fecha del siniestro
- Datos de quien reporta (Nombre completo, teléfono y correo)

Para asesoría y seguimiento de
tu Siniestro, llama al:
800 - 734 - 87 - 61
de lunes a viernes
de 9:00 a.m. a 7:00 p.m.

Te invitamos a
descargar la app
Afirme Seguros



Android



IOS



**CONDICIONES GENERALES SEGURO VIDA GRUPO
CÁNCER A PRIMER DIAGNÓSTICO AFIRME**

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

No. de Registro: CNSF-S0094-0330-2022/ CONDUSEF-005456-02.

ÍNDICE

1. Definiciones.....	3
2. Descripción de las Coberturas.....	6
2.1. Cobertura Básica - Fallecimiento	6
2.2. Cobertura Adicional de Contratación Opcional–Cáncer- Primer Diagnóstico de Cáncer	6
2.2.1. Periodo de Carencia Cobertura de Cáncer.....	6
2.3 Asistencias adicionales de Contratación Opcional.....	7
2.3.1. Asistencia Funeraria	7
2.3.2. Asistencia Médica.....	8
2.3.3. Asistencia Médica Preventiva Mujer.....	8
3. Exclusiones.....	14
4. Cláusulas Generales	15
4.1. Vigencia del Contrato	15
4.2. Rectificación de la Póliza	15
4.3. Modificaciones	15
4.4. Omisiones o inexactas Declaraciones	15
4.5. Pago de Primas	15
4.6. Cancelación por Falta de pago.....	16
4.7. Rehabilitación.....	16
4.8. Edad	16
4.9. Agravación del Riesgo	16
4.10. Disputabilidad	17
4.11. Suicidio	17
4.12. Terminación del Seguro	18
4.13. Designación de Beneficiarios	18
4.14. Moneda.....	18
4.15. Comunicaciones	18
4.16. Prescripción	19
4.17. Competencia.....	19

4.18. Participación del Agente	19
4.19 Entrega de documentación contractual.....	19
4.20 Operaciones y servicios por medios electrónicos.....	20
5. Cláusulas Operativas.....	21
5.1. Registro de Asegurados	21
5.2. Movimiento de Asegurados	21
5.3. Certificados Individuales.....	21
5.4. Ingresos al Grupo Asegurado	21
5.5. Bajas en el Grupo Asegurado	22
5.6. Cálculo de la Prima	22
5.7. Contribución del Asegurado al pago de la Prima	22
5.8. Renovación	23
6 Procedimiento de Reclamación y Pago de Indemnizaciones	23
6.1. Aviso de Siniestro.....	23
6.2. Pago de Indemnizaciones.....	23
6.3. Pérdida del derecho a recibir la indemnización	25
6.4. Indemnización por Mora	26
6.5. Reclamante sustituto	26
6.6. Controversia por Padecimiento Preexistente	26
6.7. Territorialidad	27

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

1. Definiciones.

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

Asegurado

Toda aquella persona física que se encuentra amparada en la presente Póliza y cuyo nombre aparece en Certificado Individual.

Asesoría

Es la orientación profesional y especializada vía telefónica que el Prestador brindará al Usuario de acuerdo a las necesidades propias y específicas cubiertas en este documento.

Asistencia

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

Arbitraje Médico

Procedimiento en el que la Institución y el Asegurado, convienen someterse a comparecer ante un árbitro independiente designado de mutuo acuerdo y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes, en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. Se establece así que el laudo emitido vinculará a las partes y por tanto tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario del seguro, en caso de ser procedente la reclamación del Siniestro relativo a las coberturas y riesgos amparados por la presente Póliza.

Beneficiario

Persona o personas designadas por el Asegurado, cuyos nombres aparecen en el certificado respectivo y que tienen el derecho de recibir la Indemnización prevista por el presente Contrato.

Para el caso de la cobertura de Primera Ocurrencia de Cáncer, el Beneficiario será el propio Asegurado. No obstante, para el caso de que el Asegurado fallezca una vez efectuado el primer Diagnóstico de Cáncer, el Beneficiario de esta cobertura será la persona o personas designadas por el propio Asegurado y que aparezcan con tal carácter en el Certificado respectivo.

Certificado Individual o Certificado

Documento que expide la Institución a cada Asegurado, en el que aparecen además de los datos de éste, el número de Póliza y de Certificado, la vigencia, las coberturas del seguro, las Sumas Aseguradas o la regla para determinarlas.

Cáncer

Presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento descontrolado de células anormales con invasión a otros tejidos u órganos vecinos.

Certificación Médica

Para la cobertura de Primera Ocurrencia de Cáncer, se entenderá como el Diagnóstico emitido durante la vigencia de esta póliza, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Seguro, por un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad y confirmado por la Institución mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Contratante

Persona que aparece con ese carácter en la carátula de la Póliza y que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para el Grupo Asegurable, el cual se compromete a realizar el pago de la Prima por concepto de seguro.

Contrato y/o Póliza

Acuerdo celebrado entre la Institución y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Institución en la solicitud de seguro, los consentimientos, así como todos aquellos documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Asegurados como son la Póliza, Condiciones Generales, Certificados Individuales, Registro de Asegurados, Endosos y cualquier otro documento o cláusula adicional.

Diagnóstico

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 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.

Endoso

Acuerdo entre el Contratante y la Institución, por el cual se modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de esta Póliza. Dicho acuerdo se hará constar siempre por escrito y formará parte del Contrato de Seguro y siempre prevalecerá su contenido sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Evento

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

Grupo Asegurable

Conjunto de personas que tienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente con el Contratante.

Grupo Asegurado

Conjunto de personas que perteneciendo al Grupo Asegurable y habiendo firmado los consentimientos individuales hayan sido aceptados por la Institución y en consecuencia aparezcan inscritas en el registro de Asegurados.

Institución

Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero, la Compañía Aseguradora obligada a cubrir las indemnizaciones derivadas del presente Contrato.

Institución Hospitalaria

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante Médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año, y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Para efecto de esta Póliza no se considera Institución Hospitalaria casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Médico

Persona que, conforme a las disposiciones legales vigentes, preste sus servicios como Médico o profesional en el área de salud y que se encuentre legalmente facultado para ejercer la medicina, y que no sea familiar directo del Asegurado.

Padecimiento o Enfermedad Preexistente

Se entenderá que un padecimiento es preexistente en cualquier de los siguientes casos:

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

Cuando la 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) 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.

Padecimiento Urgente

Todo problema médico o quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o una función y que requiere de atención inmediata.

Padecimiento No Urgente

Es la sintomatología transitoria que en apariencia pueda desaparecer en corto plazo (no más de 15 días naturales, que no pongan en peligro la vida ni la funcionalidad de un órgano) o cualquier descompensación no súbita que no afecte al funcionamiento del organismo y que no condicione discapacidad o degenera irreversiblemente sin algún tipo de tratamiento.

Periodo de Gracia

Plazo posterior al vencimiento de la Prima otorgado por la Institución, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar si ocurriera el Siniestro durante este lapso

Perito Médico

Médico certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate.

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

Valor determinado por la Institución, que el Contratante debe pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

Primera Ocurrencia o Primer Diagnóstico de Cáncer

Se considerará como aquel evento en el cual el Asegurado es diagnosticado a través de una Certificación Médica con Cáncer en cualquiera de las situaciones cubiertas o no excluidas expresamente por la misma Póliza.

Reglamento del Seguro de Grupo

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

Servicios

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

Siniestro

Realización del riesgo ocurrida durante la vigencia de la Póliza y del respectivo Certificado, que da origen a una reclamación de los Beneficios contratados.

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.

Usuario

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

2. Descripción de las Coberturas**2.1. Cobertura Básica - Fallecimiento**

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la Póliza y del respectivo Certificado, la Institución pagará la Suma Asegurada especificada en el Certificado Individual a los Beneficiarios designados, según se indique en el mismo. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia del Contrato de Seguro, la protección de esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura son: 18 y 64 años, con edad máxima de renovación a los 70 años.

2.2. Cobertura Adicional de Contratación Opcional – Cáncer- Primer Diagnóstico de Cáncer.

La Institución, de conformidad con los términos, condiciones o exclusiones de la Póliza, pagará la Suma Asegurada que se especifica para este Beneficio en el Certificado Individual, a la Primera Ocurrencia o Primer Diagnóstico de Cáncer del Asegurado.

Bajo esta Cobertura solo podrán ser aseguradas todas aquellas personas entre los 18 y 64 años de edad, siendo la edad máxima de renovación la de 65 años.

Se establece que el Diagnóstico que avale la Primera Ocurrencia de Cáncer, deberá basarse en la evaluación de un Médico con certificación en la especialidad tratada con pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarios desde el punto de vista médico para llevar a cabo el dictamen que, en su caso, corresponda.

2.2.1. Período de Carencia para cobertura de Cáncer

La cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer opera con la aplicación de un período de carencia de 120 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual respectivo, periodo durante el cual el Asegurado no cuenta con la protección de esta cobertura.

2.3. Asistencias Adicionales de Contratación Opcional.

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

La llamada telefónica será considerada como aviso o solicitud de la Asistencia, en virtud de lo cual el Asegurado autoriza expresamente a La Institución, a través 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?

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

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.
- c) En caso en que el Asegurado o Contratante solicite por escrito a la Institución la cancelación de uno o más Servicios de Asistencia descritos en las presentes Condiciones Generales.
- d) Para el caso de la Asistencia Funeraria al momento del otorgamiento del servicio.

2.3.1. Asistencia Funeraria

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

Los Servicios incluyen:

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

El beneficiario deberá dar aviso y solicitar la asistencia funeraria 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.**

2.3.2. Asistencia Médica.

Orientación Médica Telefónica Cualquier Causa

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

Orientación Telefónica Primeros Auxilios

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

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

Orientación Médica Telefónica Relacionada al COVID-19

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

Medicamentos y Efectos Secundarios, Prevención de la Automedicación Telefónica

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

Orientación Telefónica en la Planificación Familiar, Educación Sexual

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

Orientación Telefónica Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia

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

Orientación Telefónica Durante el Embarazo

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

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

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

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

Asistencia Psicológica

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

1. Ataques ansiosos y/o de pánico.
2. Manejo de las adicciones (tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia).
3. Pérdida de control o agresividad desmedida por estrés, ansiedad o depresión.
4. Amenazas de suicidio.
5. Ataques nerviosos por la pérdida de un familiar o ser querido (tanatología).
6. Identificación de desórdenes alimenticios
7. Apoyo Familiar, problemas de pareja o individual
8. Problemas o trastornos por enfermedad terminal

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

1. Bullying de todo tipo.
2. Manejo de emociones.
3. Tanatología.
4. Episodios depresivos.
5. Autoestima.
6. Métodos de respiración.
7. Manejo y control de adicciones.

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

Información Nutricional

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

Exclusiones

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

Médico a Domicilio

Cuando el Asegurado requiera la Asistencia de un médico general o especialista para la atención de un Padecimiento No Urgente, se coordinará mediante llamada telefónica del Asegurado la visita a domicilio.

Esta asistencia está **limitada a 1 visita a domicilio al año**. La red de atención proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana; en los demás lugares, hará lo posible por ayudar al Asegurado a contactar con un Médico u Hospital con la mayor celeridad posible.

El Asegurado podrá consultar la red de médicos del Proveedor llamando al número XXXXXX.

Cualquier gasto originado con motivo de compra de medicamentos, tratamientos derivados de esta Asistencia médica quedará a cargo del Asegurado.

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

Check Up Completo.

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

Exclusiones

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

Ambulancia Terrestre.

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

Exclusiones

- a) Quedan excluidos los traslados en caso de enfermedades mentales.**
- b) Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentren en estado agresivo o no deseen ser trasladados.**
- c) Ambulancias programadas (según aplique ejemplo traslados de inter hospitalarios, a domicilio, post cirugía, etc.)**
- d) Ambulancias aéreas.**

Telemedicina.

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

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

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

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

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

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

La red de atención de Telemedicina tendrá la facultad de modificar o actualizar las condiciones del servicio en la plataforma digital, se recomienda al Asegurado

revisar los términos y condiciones antes de solicitar el servicio. Si el Asegurado no acepta dichas modificaciones o actualizaciones, deberá dejar de usar la Plataforma.

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

Exclusiones de la Asistencia de Telemedicina

- i. Quedan excluidos cualquier gasto originado con motivo de la compra de medicamentos, tratamientos derivados de la orientación telefónica o consulta médica.**
- ii. Este beneficio no aplica si el problema es debido a la actividad profesional del Asegurado o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas.**
- iii. Los Servicios de Asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta, sin previa autorización y/o notificación a la red de atención.**
- iv. Las situaciones o atenciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas o previamente realizadas.**
- v. Cuando el Asegurado se encuentre en condiciones psiquiátrico-agresivas o en estado agresivo como consecuencias del uso de narcóticos o alcohol.**
- vi. Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.**
- vii. La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
- xiii. Enfermedades Mентales o alienación y estados depresivos.**
- ix. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**
- x. Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

2.3.3. Asistencia Médica Preventiva Mujer

Sólo si los servicios de asistencia están señalados en la Carátula de la Póliza como contratados, y la Usuaria haya contratado los servicios de Asistencia Médica, la Institución se obliga a otorgar la Asegurada los Servicios de Asistencia Médica Preventiva a través del Proveedor **y aplican únicamente dentro de la República Mexicana.**

Consulta Médico Especialista:

Cuando la Usuaria requiera la asistencia de un médico especialista en Obstetricia, Ginecología y Dermatología, se coordinará la consulta en consultorio mediante una llamada telefónica del Asegurado con el Proveedor. Esta Asistencia está **limitada a 2 consultas por año.** El Asegurado podrá consultar la red del Proveedor llamando al número XXXXXX.

Análisis Clínicos Adicionales

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

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

Cuenta con un límite de un evento al año.

Prevención Salud

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

- Mastografía;
- RX Tórax;
- Papanicolaou.

Tiene un límite de 2 eventos al año.

3. Exclusiones

De la cobertura de fallecimiento.

- **Suicidio ocurrido durante los dos primeros años de vigencia de la Póliza y del respectivo Certificado.**

La Cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer no surtirán efecto en caso de que la causa que da origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- a. Lesiones pre malignas, benignas o con potencial de malignidad;
- b. Cáncer in situ o no invasivo;
- c. Tumores de piel, excepto Melanoma maligno mayor de 0,7 mm Breslow y / o descritos histológicamente por la séptima edición de la clasificación TNM* del AJCC mayor que la etapa T1aN0M0;
- d. Cualquier etapa de la Neoplasia intraepitelial cervical;
- e. Tumores tratados solo por procedimientos endoscópicos y tumores de vejiga urinaria que no han invadido la capa muscular (Tis y Ta);
- f. Tumores de próstata a menos que se clasifiquen histológicamente como que tengan un puntaje de Gleason mayor que 6 o que hayan progresado al menos a la clasificación clínica TNM* T2N0M0;
- g. Tumor de tiroides en sus etapas iniciales que mide menos de 2 cm de diámetro y se describe histológicamente como T1N0M0 de la clasificación TNM* de la séptima edición de AJCC;
- h. Leucemia linfocítica crónica a menos que se clasifique histológicamente como que ha progresado al menos a la etapa A de Binet.

- i. Todo Cáncer cuyo estudio Diagnóstico se haya iniciado con anterioridad al inicio de vigencia del Certificado respectivo o durante el Período de Carencia. (Padecimiento Preexistente).
- j. No haber sido diagnosticado o recibido tratamiento por leucemia, enfermedad de Hodking, patología mamaria, patología uterina o de ovarios, tumores de cualquier tipo, cáncer o cualquier enfermedad relacionada al cáncer.

* (Sistema de Estadaje del cáncer)

4. Cláusulas Generales

4.1. Vigencia del Contrato

El presente Contrato entrará en vigor desde las 12:00 horas de la fecha de inicio de vigencia señalada en la carátula de la Póliza y terminará a las 12:00 horas de la fecha de fin de vigencia indicada en el mismo documento.

La vigencia para cada Asegurado, será la establecida en su respectivo Certificado Individual.

4.2. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, tal como lo establece el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

4.3. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Institución y se harán constar mediante Endosos o cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las cuales deberán constar por escrito.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la Institución carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

4.4. Omisiones o inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Institución en la solicitud del seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer al momento de la celebración del Contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del Siniestro.

La misma obligación tendrán los integrantes del Grupo Asegurado a los que la Institución les exija mayores requisitos por haberse incorporado con posterioridad a la celebración del Contrato y no haber otorgado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte del Grupo Asegurado.

4.5. Pago de Primas

La Prima vence al momento de la celebración del Contrato y será a cargo del Contratante, sin embargo, cuando así se pacte, los integrantes del Grupo Asegurado contribuirán al pago de la misma.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de las Primas, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el Contratante y la Institución en la fecha de celebración del Contrato.

Los mencionados pagos de Primas deberán ser hechos en las oficinas de la Institución, a cambio del recibo correspondiente, mediante cargo a la tarjeta de crédito proporcionada por el Contratante o Asegurado, o mediante depósito bancario a la cuenta que la Institución le indique al Contratante. En este último caso la ficha de depósito o el comprobante que la Institución bancaria otorgue al Contratante al momento de efectuar el pago, harán prueba plena del mismo, en tanto la Institución no expida el recibo correspondiente.

4.6. Cancelación por Falta de pago

El Contratante gozará de un Período 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 este plazo, cesarán automáticamente los efectos de éste a las doce horas del último día del citado plazo de gracia.

En caso de ocurrir algún Siniestro dentro de los 30 días del Periodo de Gracia, la Institución deducirá de la indemnización a que tenga derecho el o los Beneficiarios, la Prima vencida no pagada correspondiente al Asegurado de que se trate.

4.7. Rehabilitación

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

1. Que lo soliciten por escrito, y se compruebe a la Institución que el Grupo Asegurado reúne los requisitos de asegurabilidad a la fecha de la solicitud;
2. Para llevar a cabo la Rehabilitación de éste Contrato, es necesario que el Contratante cubra la Prima o Primas adeudadas.
3. El Contrato se considerará rehabilitado, adquiriendo nuevamente su vigencia original, a partir del día en que el Contratante haya realizado el pago de las Primas correspondientes, previa obtención de la aceptación de la propuesta de Rehabilitación por parte de la Institución.

4.8. Edad

Para los efectos de los límites de Edad establecidos para cada cobertura en el presente Contrato, se considerará la Edad del Asegurado, aquella que haya alcanzado en la fecha de emisión del respectivo Certificado.

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
 - II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
 - III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
 - IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.(Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si en el momento de celebrar el Contrato, o con posterioridad, el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la Institución lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Institución no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de la expedición del Certificado Individual esté fuera de los límites de admisión fijados por la Institución, pero en este caso se devolverá al Contratante o en su caso, al Asegurado, la reserva matemática correspondiente al Certificado Individual, en la fecha de su rescisión.

4.9. 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.

4.10. Disputabilidad

Dentro de su primer año de vigencia, este Contrato, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante para la apreciación del riesgo.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, conforme a las declaraciones contenidas en la solicitud 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.

Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado que no hayan dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a que adquirieron el derecho a formar parte del Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando la Institución a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para atacar de nulidad esta Póliza y los Certificados Individuales, o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración.

4.11. Suicidio

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del respectivo Certificado Individual, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución queda eximida el pago de la Indemnización correspondiente, quedando obligada solamente a devolver la reserva matemática 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.

4.12. Terminación del Seguro

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

- La fecha de término de la vigencia señalada en la carátula de la Póliza o del respectivo Certificado.
- Falta de pago de Primas del seguro.
- A solicitud por escrito del Asegurado o del Contratante, mediante notificación por escrito presentado en las oficinas de la Institución.
- Al encontrarse fuera de las edades señaladas para cada cobertura como edades de aceptación o renovación.

4.13. Designación de Beneficiarios

Los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus Beneficiarios al momento de firmar el consentimiento respectivo, indicando si renuncian al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios.

Siempre que no se hubiere efectuado la designación con carácter de irrevocable, 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, ésta quedará liberada de toda responsabilidad.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter.

En caso de ocurrir un Siniestro y no hubiere Beneficiarios designados, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión del Asegurado. La misma regla se aplicará, si el Beneficiario designado fuere uno solo y falleciere antes o al mismo tiempo que el Asegurado.

Si hubiere varios Beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del Asegurado.

4.14. 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 de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

4.15. Comunicaciones

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

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

4.16. Prescripción

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

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

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

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

4.17. Competencia

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

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

4.18. Participación del Agente

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 el Contrato de seguro. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud.

4.19. 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 en su caso, los Certificados individuales 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

4.20. 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.

5. Cláusulas Operativas

5.1. Registro de Asegurados

La Institución formará un registro de asegurados con los datos de los integrantes del Grupo Asegurado el cual contendrá al menos el nombre, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de ellos, así como la Suma Asegurada o la regla para determinarla, las fechas de inicio y fin de vigencia para cada integrante, operación y plan del seguro, el número de Certificado Individual, así como las coberturas amparadas.

La Institución entregará copia de este registro de asegurados a petición del Contratante de la Póliza.

5.2. Movimiento de Asegurados

El Contratante de la Póliza deberá enviar a la Institución con una periodicidad mensual la siguiente información:

- a) La notificación de altas de nuevos integrantes del Grupo junto con los consentimientos respectivos debidamente firmados.
- b) La notificación de los integrantes que se separaron del Grupo Asegurado durante el mes que se reporta.
- c) La notificación de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que integran el Grupo Asegurado, que afecte las condiciones de riesgo o la aplicación de reglas para determinar las Sumas Aseguradas.
- d) Los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas, indicando la forma en que se administrarán.

5.3. Certificados Individuales

La Institución proporcionará a través del Contratante a cada Asegurado, un Certificado que manifieste que su vida está asegurada con sujeción a las estipulaciones de esta Póliza.

Los datos antes mencionados serán recabados por el Contratante, y el Asegurado deberá firmar de conformidad el Certificado Individual.

La Institución podrá convenir con el Contratante para que éste último se obligue a entregarles a los Asegurados la información relativa a los Certificados, en sustitución de la entrega de dichos documentos.

5.4. Ingresos al Grupo Asegurado

Los ingresos al Grupo Asegurado se regirán de conformidad con lo dispuesto por el artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo:

"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 hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza."

5.5. Bajas en el Grupo Asegurado

Para las bajas del Grupo Asegurado será aplicable lo previsto por el artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo:

"Artículo 18. Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora 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."

El procedimiento para la devolución a que se refiere el párrafo anterior, se realizará siempre por conducto del Contratante, quien la solicitará por escrito a la Institución, a efecto de que ésta emita el Endoso de baja y el recibo correspondiente dentro de un máximo de 10 días hábiles siguientes a la solicitud, con lo cual se podrá hacer efectivo el cobro de dicha devolución en las oficinas de las Institución.

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

5.6. Cálculo de la Prima

La Prima total del seguro será la suma de las Primas que correspondan a todos los integrantes del Grupo Asegurado.

En cada fecha de vencimiento del Contrato, se calculará la cuota promedio por millar de Suma Asegurada que se aplicará en su caso en el siguiente período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la Prima total entre la Suma Asegurada total.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del Contrato y a los que se separen definitivamente del Grupo, se le aplicará la cuota promedio por días exactos.

5.7. Contribución del Asegurado al pago de la Prima

Los integrantes del Grupo Asegurado podrán o no contribuir en el pago de la Prima correspondiente, situación que se determinará en la solicitud del seguro y se hará constar en la carátula de la Póliza.

Cuando un integrante del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se obligó, éste último podrá solicitar su baja de la Póliza de Seguro a la Institución.

5.8. Renovación

La renovación de la Póliza se llevará a cabo en los términos previstos por el artículo 21 del Reglamento de Seguro de Grupo:

"Artículo 21. La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo cuanto la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en

las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas."

Salvo lo previsto en el párrafo anterior, a la renovación no se modificarán términos ni condiciones, ni se podrán modificar períodos de espera ni límites de edad para la cobertura del seguro en perjuicio de los Asegurados.

6. Procedimiento de Reclamación y Pago de Indemnizaciones

6.1. 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 Siniestro y del derecho constituido a su favor. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mismos que se transcribe 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".

6.2. Pago de Indemnizaciones

1) Fallecimiento

El o los Beneficiarios tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en la Cláusula "Designación de 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.

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

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

2) Primer Diagnóstico de Cáncer

La indemnización correspondiente al Beneficio de Primera Ocurrencia de Cáncer se liquidará directamente al Asegurado, previniéndose que cuando por razones atribuibles a su condición de salud, por el Evento motivo de esta cobertura, ocurriese el fallecimiento del Asegurado antes de que se realice el pago correspondiente por parte de La Institución, la indemnización procedente se liquidará a los Beneficiarios que para este caso haya designado el Asegurado.

- a) Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el reclamante.
- b) Copia de identificación oficial vigente del titular por ambos lados (INE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de SMN)
- c) Copia de comprobante de domicilio, no mayor a tres meses. Únicamente cuando el domicilio sea diferente al de la identificación oficial o cuando ésta no lo contenga.
- d) Copia del CURP y/o Cédula de Identificación Fiscal – RFC (cuando el cliente cuente con ellas)
- e) Si el Beneficio está ligado al de un crédito, servicio, entre otros, se deberá presentar copia del **estado de cuenta** o recibo previo a la ocurrencia del Evento reclamado. Si lo tuviere.
- f) Diagnóstico de la Enfermedad emitido por Institución Hospitalaria o por un Médico con certificación en la especialidad tratada, acompañado de la interpretación de los estudios médicos practicados
- g) Historia Clínica completa del padecimiento.
- h) Copia del Certificado (si lo tuviere)

En adición a la documentación señalada anteriormente, la Institución se reserva el derecho a solicitar cualquier otra información o documentación que requiera para conocer los hechos relacionados con el Siniestro y las circunstancias de su realización, así como sus consecuencias.

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado Individual, no concuerda con la regla para determinarla, la Institución pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, la Institución por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente sustituyendo el Certificado. En uno y otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

6.3. Pérdida del derecho a recibir la 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.

6.4. Indemnización por Mora

Si la Institución no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al Asegurado una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

6.5. Reclamante sustituto

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

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

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

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

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

6.6. Controversia por Padecimiento Preexistente

En caso de controversia entre las partes para la cobertura de Primer ocurrencia de Cáncer, por un Diagnóstico de Preexistencia, el Asegurado podrá optar por acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo y por escrito, por el Asegurado y la Institución, a fin de someterse a un arbitraje privado.

El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del Perito Médico, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del Perito.

La Institución acepta que si el Asegurado acude al Arbitraje Médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Institución.

6.7. Territorialidad

La protección de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer aplicará solo a Diagnósticos efectuados en Instituciones Hospitalarias y por Peritos Médicos ubicados dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

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 01 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0094-0330-2022/ CONDUSEF-005456-02.

SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

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

CONOZCA SUS DERECHOS BÁSICOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO

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

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

Antes de la contratación:

Usted tiene derecho a:

- Solicitar al agente o representante de ventas de Seguros Afirme, que le muestre la identificación que lo acredite como tal.
- Solicitar asesoría sobre el tipo de seguro que está buscando y las principales coberturas que requiere.
- Obtener información sobre la(s) póliza(s) que le proponga contratar, incluyendo el alcance real de las coberturas, límites, exclusiones, deducibles, vigencia, formas de pago, forma de conservar el seguro, así como de darlo por terminado.
- Seleccionar el o los productos que más se adapten a sus necesidades y solicitar una cotización sin costo.

La cotización es para fines informativos, por lo que no lo obliga a contratar el seguro. La empresa tampoco estará obligada a otorgárselo, pero sí a respetar el precio cotizado durante 30 días naturales.

Durante la contratación:

Usted tiene derecho a:

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

En caso de siniestro:

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

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

En cualquier momento podrá:

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

Ponemos a su disposición nuestro **Centro de Atención Telefónica**, en Monterrey al (81) 83-18-38- 00 y para el resto de la República al (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 01 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0094-0330-2022/ CONDUSEF-005456-02.

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