



SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES AFIRME EXPERIENCIA PROPIA

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
 - Nombre del asegurado
 - Datos de quien reporta
 - Causa de siniestro o motivo de reporte
 - Fecha del siniestro
- (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
VIDA GRUPO DEUDORES AFIRME EXPERIENCIA PROPIA

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

No. Registro: CNSF-S0094-0321-2022/CONDUSEF-005453-02

CONDICIONES GENERALES**ÍNDICE**

	Pág.
I. DEFINICIONES	4
II. COBERTURAS DEL SEGURO Y RIESGOS EXCLUIDOS	6
Fallecimiento	6
Desempleo o Invalidez Total Temporal	7
III. ASISTENCIAS	13
IV. CLÁUSULAS OPERATIVAS	19
Cláusula 1ª.- Registro de Asegurados	19
Cláusula 2ª.- Movimiento de Asegurados	19
Cláusula 3ª.- Certificados Individuales	20
Cláusula 4ª.- Ingresos al Grupo Asegurado	20
Cláusula 5ª.- Bajas en el Grupo Asegurado	20
Cláusula 6ª.- Cálculo de la Prima	21
Cláusula 7ª.- Contribución del Asegurado al Pago de la Prima	21
Cláusula 8ª.- Renovación	21
Cláusula 9ª.- Dividendos	21
V. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES	22
VI. CLÁUSULAS GENERALES	27
Cláusula 1ª.- Vigencia del Contrato	27
Cláusula 2ª.- Rectificación de la Póliza	27
Cláusula 3ª.- Modificaciones	27

Cláusula 4ª.- Omisiones e Inexactas Declaraciones	27
Cláusula 5ª.- Carencia de Restricciones	28
Cláusula 6ª.- Pago de Primas	28
Cláusula 7ª.- Rehabilitación	28
Cláusula 8ª.- Edad	28
Cláusula 9ª.- Comprobación de Edad	29
Cláusula 10ª.- Disputabilidad	29
Cláusula 11ª.- Suicidio	29
Cláusula 12ª.- Terminación del Seguro Individual	29
Cláusula 13ª.- Beneficiarios	30
Cláusula 14ª.- Pérdida de derecho a ser Indemnizado	30
Cláusula 15ª.- Moneda	31
Cláusula 16ª.- Comunicaciones	31
Cláusula 17ª.-Prescripción	31
Cláusula 18ª.- Competencia	31
Cláusula 19ª.- Participación del Agente	33
Cláusula 20ª.- Agravación del riesgo	33
Cláusula 21ª.- Operaciones y servicios por medio electrónicos	33
Anexo Transcripciones legales	35

I. DEFINICIONES

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

Accidente: Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produzca la Invalidez Total y Permanente del Asegurado. **No se considerarán Accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Asegurado: toda aquella persona física que siendo Deudor del Contratante y cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Institución, se encuentra amparada por la presente Póliza y cuyo nombre aparece en el 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.

Beneficiario: persona o personas designadas como tal por el Asegurado cuyos nombres aparecen en el Certificado respectivo y que tiene(n) el derecho de recibir la Indemnización prevista por el presente Contrato.

Beneficio: Indemnización a que tiene derecho el Beneficiario del seguro, en este caso el Contratante, en el supuesto de resultar procedente la reclamación del siniestro relativo a los riesgos amparados por la presente Póliza.

Beneficiario Preferente: Para efectos del presente Contrato el Contratante será el Beneficiario Preferente e irrevocable del seguro, pero solo hasta el por el saldo insoluto del crédito.

Certificado Individual o Consentimiento Certificado Individual: 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. Dependiendo el canal de colocación de la póliza, el certificado podrá incluir además en el mismo documento, el consentimiento del Asegurado para formar parte del Grupo Asegurado y la designación de sus beneficiarios, por lo que deberá ser firmado tanto por el funcionario autorizado por la Institución, como por el propio Asegurado.

Consentimiento: Consiste en el consentimiento por escrito que otorga el Asegurado para formar parte del Grupo Asegurado, previo a su incorporación al Grupo, antes de la celebración del contrato, en cual contendrá, por lo menos lo siguiente: designación de sus beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable y la suma asegurada o regla para determinarla. Para efectos de la presente Póliza, el consentimiento podrá otorgarse mediante medios electrónicos y/o por escrito.

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.

Contrato de Crédito: contrato celebrado previamente entre el Contratante y cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable, en virtud del cual el primero concede en forma individual a cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable un crédito, de tal forma que éstos se convierten en sus Deudores.

Deudor: persona física que ha celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante, en virtud del cual mantiene una deuda con él y quién para efectos del presente Contrato tendrá el carácter de Asegurado.

Grupo Asegurable: conjunto de Deudores del Contratante.

El Grupo Asegurable deberá estar constituido por al menos el 75% de los deudores de una cartera de créditos, siempre que este 75% no sea inferior a 1,000 personas.

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.

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.

Indemnización: Pago que recibe el asegurado o beneficiario en el caso de producirse un siniestro.

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

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

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 degenerate irreversiblemente sin algún tipo de tratamiento.

Período de Eliminación para Desempleo Involuntario- Se define como el período posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el presente Beneficio y que se especificará en el Certificado Individual

El pago del Beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del Periodo de Eliminación en tanto continúe el desempleo o hasta agotar el límite de pagos establecido en el Certificado Individual.

Período de Espera para Desempleo Involuntario- Se define como el período inmediato posterior al inicio de la vigencia del seguro para el Asegurado de que se trate, que debe de transcurrir para que entre en vigor la cobertura de Desempleo Involuntario.

Este período se especificará en el certificado individual y opera únicamente cuando el Asegurado ingresa a la póliza, sin que sea aplicable en casos de renovación siempre y cuando ésta sea inmediata y continua.

Periodo de Eliminación para Invalidez Total Temporal por Enfermedad- Se define como el periodo inmediato posterior al inicio de la Enfermedad que ocasione la Invalidez Total Temporal del Asegurado y el cual será de 30 días. No aplica periodo de Eliminación para Invalidez Total Temporal por Accidente.

Periodo de Gracia: plazo posterior al vencimiento de la prima otorgado por la Institución, dentro del cual se otorga cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, la cual se deducirá del beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.

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.

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.

Saldo Insoluto del Crédito: El importe derivado del contrato de crédito no vencido e integrado por los siguientes conceptos al momento del fallecimiento del Asegurado, sin incluir cargos por mora:

- I) El capital no vencido que deba el Asegurado al Contratante al momento del fallecimiento.
- II) El importe de los intereses ordinarios y gastos de cobranza correspondientes al tiempo que transcurra entre la fecha de fallecimiento del Asegurado y la fecha en que el Contratante tenga conocimiento de éste hecho, con un límite de treinta días.

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.

Suma Asegurada: la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la Póliza, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar en caso de siniestro.

Para efectos de esta póliza, la Suma Asegurada podrá estar fijada de cualquier de las tres formas que se indican a continuación:

- a) Como una cantidad equivalente al Saldo insoluto del crédito;
- b) Como un monto
- c) Como una cantidad igual al monto inicial del crédito.

Lo anterior será especificado según sea el caso, en la carátula de la Póliza y en los respectivos Certificados Individuales.

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.

II. COBERTURA DEL SEGURO Y RIESGOS EXCLUIDOS

II.1 Fallecimiento.

Por virtud del presente Contrato, la Institución, garantiza al Contratante el pago del saldo insoluto del o de los créditos que éste tenga a su favor y que sean reportados a la Institución, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada por persona especificada en el Certificado Individual.

Para efecto de la cobertura del presente contrato, el Contratante tendrá derecho a elegir entre tres opciones de Suma Asegurada conforme a lo siguiente:

- a) Saldo Insoluto del crédito

- b) Monto pactado a la contratación del seguro; o
- c) Monto inicial del crédito.

Riesgos excluidos en la cobertura de Fallecimiento:

Se consideran excluidos expresamente de la cobertura de la presente Póliza:

a) Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.

b) Los créditos que no deban ser cobrados en abonos periódicos

Edades de Aceptación

Sólo se puede asegurar a personas que estén dentro de los límites de edad, los cuales serán de 18 años como edad mínima, y la edad máxima para la aceptación y la renovación, será la que se determine de acuerdo con las políticas de suscripción de la Institución en función al Grupo Asegurado que se trate.

Los límites de edades de aceptación y renovación se indicarán en la Póliza y/o Certificado Individual y son aplicables para la cobertura básica (fallecimiento), toda vez que la edad máxima de admisión para los beneficios adicionales, en caso de que éstos sean contratados, pueden ser diferentes de acuerdo a lo establecido en la Carátula de la Póliza.

II.2 Desempleo Involuntario o Invalidez Total Temporal

El presente Beneficio solo aplicará bajo una de las siguientes modalidades:

1. Desempleo Involuntario; o
2. Desempleo por Invalidez Total Temporal

1. Desempleo Involuntario

Si una vez superado el Periodo de Espera de Desempleo Involuntario especificado en el Certificado Individual, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia del respectivo certificado y permanece así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Desempleo especificado también en el Certificado Individual, entonces la Institución cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en el referido Certificado, mientras el Asegurado permanezca desempleado.

La responsabilidad de la Institución por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

Elegibilidad

Son elegibles para la cobertura de desempleo sólo las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de la misma, tengan un vínculo de trabajo formal mediante un empleo de tiempo completo (40 horas semanales como mínimo) y bajo un contrato laboral por tiempo indefinido con una persona física o moral que se encuentre inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes, dentro del territorio de la República Mexicana.

2. Desempleo por Invalidez Total Temporal

Si durante la vigencia de la Póliza y del respectivo Certificado Individual, el Asegurado se encuentra súbitamente incapacitado para trabajar y sin percibir ingreso alguno por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, entonces la Institución cubrirá al Beneficiario los pagos del Crédito con el máximo en número, monto y periodicidad, especificados en el Certificado Individual, mientras el Asegurado permanezca incapacitado para trabajar a causa de dicha Invalidez Total Temporal.

La responsabilidad de la Institución por periodos menores a la periodicidad del pago del Crédito se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir ingreso alguno por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad.

Cuando la Invalidez Total Temporal sea a consecuencia de una Enfermedad, el pago de este Beneficio se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación para Invalidez Total Temporal por Enfermedad especificado en el Certificado Individual.

En los casos de Invalidez Total Temporal por Accidente, el pago de la Indemnización correspondiente se realizará sin la aplicación del Periodo de eliminación.

Elegibilidad

Solo son elegibles para el Beneficio de Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, las personas que al momento de la contratación del seguro sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren de forma independiente (autoempleados) dentro del territorio de la República Mexicana y se encuentren percibiendo un ingreso.

Consideración Especial por Combinación de Actividades Laborales.

Cuando un Asegurado desarrolle simultáneamente actividades como empleado de tiempo completo bajo un contrato laboral por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionista que labore de forma independiente, quedará amparado únicamente bajo el Beneficio de Desempleo Involuntario.

Edades de Aceptación.

Las edades límites de aceptación para este Beneficio serán de 18 años como edad mínima, y la edad máxima para la aceptación y la renovación, será la que se determine en la Póliza y/o Certificado Individual de acuerdo a las políticas de suscripción de la Institución en función al Grupo Asegurado que se trate.

Reinstalación de Suma Asegurada

El plazo para reinstalar la suma asegurada para este Beneficio durante la vigencia de la póliza y del respectivo Certificado será de 12 (doce) meses posteriores a la fecha del último pago de la cobertura de desempleo, siempre y cuando se trate de un evento distinto por el cual el Asegurado haya hecho la reclamación.

Cancelación Automática

Este Beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente del Certificado en el que el Asegurado haya alcanzado la edad de 75 años.

Exclusiones aplicables al beneficio de Desempleo Involuntario.

La Institución no pagará Indemnización alguna por este Beneficio en los siguientes casos:

a) El fallecimiento del Asegurado.

b) Desempleo Involuntario del Asegurado que de inicio dentro del Periodo de Espera especificado en el Certificado Individual. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de una vigencia anterior.

c) Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.

d) Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.

e) Pérdida del empleo por participar en paros o disputas laborales.

f) Cuando el Asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del seguro, de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área del trabajo del Asegurado.

g) Pérdida del empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

h) Terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado.

i) La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones, de la Ley Federal del Trabajo.

j) Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren de forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).

Exclusiones aplicables al Beneficio de Desempleo por Invalidez Total Temporal.

La Institución no pagará Indemnización alguna por este Beneficio en los siguientes casos:

a) El fallecimiento del Asegurado.

b) Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, riñas, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

c) Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

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

- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
 - Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.
 - Esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet sky o cualquier tipo de deporte aéreo.
 - La práctica profesional de cualquier deporte.
- d) Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que ocurran a consecuencia de un Accidente.
- f) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.
- g) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, exceptos si éstos fueron prescritos por un médico.
- h) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un Accidente.
- i) Padecimientos Preexistentes- Para efectos de la presente exclusión se entenderán como enfermedades preexistentes, aquellas cuya existencia se hubiere declarado médicamente previo a la celebración del Contrato o se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio de diagnóstico; así como aquellos padecimientos respecto de los que se compruebe que el Asegurado efectuó gastos para recibir tratamiento médico.
- j) Se excluye de este Beneficio a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato laboral por tiempo indefinido para una persona física o moral que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

II.3 Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Beneficio, se considerará Invalidez Total y Permanente, cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente o una enfermedad, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de Invalidez Total y Permanente se requiere que la enfermedad no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos o tratamientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que aun existiendo dichos tratamientos no sean accesibles para el Asegurado en función de su condición económica y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente, siempre y cuando la invalidez haya sido continua durante un periodo que se especificará en el certificado individual correspondiente y podrá ser sin periodo de espera, periodo de 3 meses o periodo de 6 meses.

La Institución conviene en pagar en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para el presente Beneficio, a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Permanente.

Edad.

Las edades límites de aceptación para este Beneficio serán de 18 años como edad mínima, y la edad máxima para la aceptación y la renovación, será la que se determine en la Póliza y/o en el Certificado Individual de acuerdo a las políticas de suscripción de la Institución en función al Grupo Asegurado que se trate.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente.

Para los efectos de esta cobertura se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, sin que opere periodo de espera establecido en el apartado de definiciones, las siguientes condiciones:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos,
- b) La pérdida de las dos manos o de los dos pies,
- c) La pérdida de una mano y un pie,
- d) La pérdida de una mano y la vista en un ojo; o
- e) La pérdida de un pie y la vista en un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

- a) Pérdida de las manos- su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella;
- b) Pérdida de pie- su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; y
- c) Pérdida de un ojo- pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente.

El Asegurado que pretenda una Indemnización al amparo de este Beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas al estado de Invalidez Total y Permanente.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar a su costa cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación, las pruebas aportadas o la continuación del estado de Invalidez Total y Permanente.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este Beneficio, siempre y cuando sea el Asegurado, sus Beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

Bases para Considerar la Validez del Dictamen.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, el diagnóstico de invalidez avalado por una institución médica o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo que elegirá el Asegurado de entre los previamente designados por la Institución a fin de dictaminar si procede o no la determinación del estado de invalidez.

Cancelación Automática.

Este Beneficio quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en el aniversario siguiente del respectivo Certificado en que el Asegurado haya alcanzado la edad de 65 años.

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

- A).- Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- B).- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- C).- Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio Asegurado.**
- D).- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de Institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- E).- Lesiones derivadas por la participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- F).- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- G).- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, y tauromaquia.**

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

Con el pago de la Suma Asegurada quedaran extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de este Beneficio y de la Póliza de la cual forma parte.

III. ASISTENCIAS

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

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

¿CÓMO HACER USO DE LAS ASISTENCIAS?

- Los Servicios o Asistencias quedan limitadas únicamente al Usuario Titular de la póliza.
- El Usuario deberá llamar al número 55 - 9063 - 5401 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.

III.1 Asistencia Médica (Asistencia Adicional de Contratación Opcional)

Orientación Médica Telefónica Cualquier Causa

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

Orientación Telefónica Primeros Auxilios

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

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

Orientación Médica Telefónica Relacionada al COVID-19

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

Medicamentos y Efectos Secundarios, Prevención de la Automedicación Telefónica

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

Orientación Telefónica en la Planificación Familiar, Educación Sexual

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

Orientación Telefónica Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia

Se brindará asesoría telefónica a través de un médico general para orientar al Asegurado, así como a sus familiares cercanos sobre problemas con el abuso de alguna de estas sustancias.

Orientación Telefónica Durante el Embarazo

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

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

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

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

Asistencia Psicológica

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

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

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

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

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

Información Nutricional

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

Exclusiones

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

Médico a Domicilio

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

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 55 - 9063 - 5401.

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 Mentales o alienación y estados depresivos.**
- ix. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**
- xi. Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**

III.2. Asistencia Médica Preventiva Mujer (Asistencia Adicional de Contratación Opcional)

Sólo si los servicios de asistencia están señalados en la Carátula de la Póliza como contratados, y la Usuaría haya contratado los servicios de Asistencia Médica descritos en el numeral III.1., la Institución se obliga a otorgar la Asegurada los Servicios de Asistencia Médica Preventiva a través del Proveedor y aplican únicamente dentro de la República Mexicana.

Consulta Médico Especialista:

Cuando la Usuaría 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 55 - 9063 - 5401.

Análisis Clínicos Adicionales

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

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

Cuenta con un límite de un evento al año.

Prevención Salud

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

- Mastografía;
- RX Torax;
- Papanicolaou.

Tiene un límite de 2 eventos al año.

III.3. Asistencia Funeraria (Asistencia Adicional de Contratación Opcional)

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

Los Servicios incluyen:

- a) Recolección del cuerpo.
- b) Arreglo estético del cuerpo.
- c) Ataúd metálico estándar.
- d) Sala de velación (El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional.)
- e) Gestión de trámites.
- f) Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica.
- g) Servicio de tanatología. (En el área metropolitana es de manera presencial, para el interior de la república la consulta estará sujeta a disponibilidad.)
- h) Asistencia legal telefónica.
- i) Asistencial legal post fallecimiento.

- j) Facilidades para celebrar servicios religiosos.
- k) Atención y asesoría personalizada ante el Ministerio Público para la recuperación del finado en territorio nacional.

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

Opciones del servicio:

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

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

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

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

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

Exclusiones

El Servicio de Asistencia Funeraria no cubrirá lo siguiente:

- a. Servicios fuera de la República Mexicana**
- b. Repatriación de restos.**
- c. Servicios funerarios fuera de la Red del Proveedor.**
- d. Gastos por servicios funerarios adicionales o diferentes a los cubiertos de conformidad con las presentes condiciones.**
- e. Servicios funerarios cuando el fallecimiento haya ocurrido por hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- f. Transportación de deudos o acompañantes.**
- g. Traslado de cuerpo del Asegurado de una Entidad Federativa o Municipio a otra.**

IV. CLÁUSULAS OPERATIVAS

Cláusula 1ª.- 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.

Cláusula 2ª.- Movimiento de Asegurados:

El Contratante de la Póliza deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a) Comunicar a la Institución los ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos debidamente firmados.
- b) Comunicar a la Institución las separaciones definitivas de los miembros del Grupo Asegurado, dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso a la Institución de cualquier cambio que se produzca 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. El aviso deberá hacerse en un plazo máximo de 15 días naturales después del cambio y los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d) Enviar a la Institución 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.

Cláusula 3ª.- Certificados Individuales:

La Institución proporcionará al Contratante para que a su vez éste lo entregue a cada Asegurado, un Certificado que manifieste que su vida está asegurada con sujeción a las estipulaciones de esta Póliza y que todos los Beneficios pagaderos a su muerte serán aplicados por el acreedor a la liquidación de su adeudo.

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

Cláusula 4ª.- Ingresos al Grupo Asegurado:

Los ingresos al Grupo Asegurado se registrarán 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."

Cláusula 5ª.- Bajas en el Grupo Asegurado:

Se excluirán de la póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante.

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.

Cláusula 6ª.- 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.

Cláusula 7ª.- 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, este podrá solicitar su baja de la Póliza de Seguro a la Institución.

Cláusula 8ª.- 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 cuando 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.

Cláusula 9ª.- Dividendos.

Cuando así se haya solicitado al contratar la póliza y aparezca especificado en la carátula de la misma, la Institución pagará los dividendos establecidos en la presente cláusula de acuerdo a lo siguiente:

El Contratante o en su caso los miembros del Grupo Asegurado (cuando contribuyan al pago de la prima), participarán de la utilidad que obtenga la Institución por concepto de siniestralidad favorable bajo la modalidad de Experiencia propia. Para los efectos de la presente cláusula, se entenderá por "Experiencia Propia" cuando la prima del Grupo esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo que pertenezcan a un mismo grupo empresarial.

Para que dicha participación se otorgue en base a la experiencia propia, el Contratante deberá declararlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento, siempre y cuando el número de sus asegurados sea de 1000 o más al inicio de la vigencia del contrato y de cada renovación.

Para la determinación del dividendo a que se refiere la presente cláusula se utilizará la formula que mediante endoso se estipule en función del número de asegurados que integren el Grupo Asegurado de que se trate, misma que deberá ser aprobada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La determinación y el pago de la participación por dividendo que corresponda se efectuarán al finalizar la vigencia de la póliza conforme a lo siguiente:

La Institución realizará el pago en efectivo de los dividendos directamente al Contratante. En caso de que los Asegurados tengan derecho a dividendos, el Contratante hará la distribución correspondiente entre cada uno de ellos de forma proporcional a su participación en el pago de la prima.

Los dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza, ni podrán ser pagados en forma anticipada y/o garantizada. Se entenderá como dividendo anticipado cuando se efectúe su pago con base en la utilidad calculada antes de que finalice el período de vigencia de la póliza.

No se otorgaran dividendos en pólizas cuya vigencia haya sido menor a un año.

Si con posterioridad a haber realizado el pago de los dividendos en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Institución recibe reclamaciones de siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la póliza al que corresponde los dividendos pagados, se procederá conforme a lo siguiente:

- a) En el caso de que la póliza haya sido renovada, la Institución tendrá el derecho de compensar el importe de las reclamaciones relativas a los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y que hayan sido reportados con posterioridad al pago de los dividendos, contra los dividendos correspondientes a la siguiente vigencia.
- b) En el caso de que la póliza no haya sido renovada, el Contratante se obliga a suscribir en favor de la Institución un recibo finiquito por pago de dividendos, obligándose a que en el caso de que la Institución reciba con posterioridad, reclamaciones de siniestros pertenecientes a la vigencia por la cual se pagaron los dividendos, el Contratante deberá de pagar a la Institución el importe de las indemnizaciones que resulten de tales reclamaciones a favor de los Asegurados o Beneficiarios, sin que dichas cantidades puedan exceder en su conjunto el monto de los dividendos pagados.

V. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

Aviso de Siniestro:

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Institución, tan pronto como el asegurado o el beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro.

Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismo 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”

En términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá derecho a exigir al Beneficiario o en caso de los Beneficios Adicionales, al propio Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

Pago de Indemnizaciones:

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 "BENEFICIARIOS" de las presentes Condiciones Generales, previa comprobación del fallecimiento del Asegurado.

El Asegurado o sus Beneficiarios tendrán derecho a exigir a la Institución, que pague al Beneficiario Preferente, el saldo insoluto del crédito amparado por el presente Contrato, sin exceder la Suma Asegurada convenida.

Asimismo, la Institución se obliga a notificar por escrito al Asegurado y a su Beneficiarios, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses, y entre otras, pueda ejercitar su derecho a que la Institución pague al Beneficiario Preferente, el saldo insoluto del crédito. Para el cumplimiento de dicha obligación, el Asegurado y sus Beneficiarios, deberán informar a la Institución sus respectivos domicilios.

La Institución pagará la indemnización correspondiente al Beneficiario Preferente y en su caso a los Beneficiarios distintos al Contratante, al Asegurado, o la sucesión de éste, según corresponda, 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, La Institución tendrá derecho a deducir de la indemnización que corresponda, las cantidades que le sean adeudadas por concepto de prima.

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización al Beneficiario Preferente y/o los Beneficiarios será la siguiente:

Fallecimiento:

- Documentación del Asegurado:
 - Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - 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 o si el fallecimiento ocurre a consecuencia de un accidente se requerirá copia simple de las actuaciones completas ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación y certificado del Médico forense.

- Respecto del Beneficiario Preferente que solicita la indemnización, original de:
 - Carta de Reclamación de Siniestro indicando el nombre del Asegurado, el saldo deudor a la fecha de Fallecimiento, Nombre y firma del Representante Legal y fecha.
 - Credencial de elector del Representante Legal.
 - Copia del poder con facultades para pleitos y cobranzas y actos de administración del representante legal del Contratante.
 - Copia del Contrato de Crédito.
 - Estado de cuenta del crédito a la fecha del fallecimiento del Asegurado.
- Respecto de Beneficiario(s) adicional(es) solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - 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 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.

Únicamente en el caso en que, con la documentación antes señalada, no sea posible comprobar la identidad del Asegurado o del reclamante en su caso, la realización del siniestro o las circunstancias del mismo, la Institución podrá requerir al reclamante información o documentación adicional que le permitan determinar la procedencia de la reclamación.

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.

Desempleo Involuntario

- Documentación del Asegurado:
 - Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - 1) Copia simple y original para cotejo del acta de nacimiento;
 - 2) 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.
 - 3) Copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.
 - 4) Copia de finiquito y/o liquidación y/o resolución o convenio ante la Junta de Conciliación y Arbitraje o Copia del Contrato Individual de Trabajo de la empresa en que laboraba el Asegurado o Carta patronal indicando el motivo de la separación, así como las fechas de ingreso y salida de la empresa y tipo de contrato. Si lo tuviere.
 - 5) Copia de los tres últimos recibos de nómina
 - 6) Copia de la baja actualizada del IMSS o reporte de semanas cotizadas o carta de no inscripción a la institución de seguridad social a la que estaba inscrito el Asegurado.

Desempleo por Invalidez Total Temporal

- Documentación del Asegurado:
 - Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - 1) Copia simple y original para cotejo del acta de nacimiento;
 - 2) 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.
 - 3) Copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.
 - 4) Informe médico de primera atención recibida.
 - 5) Historial clínico completo del padecimiento que origina el estado de invalidez.
 - 6) Copia de las incapacidades médicas completamente legibles expedidas por la institución pública que lo atiende o mención en el informe médico el periodo de incapacidad.
 - 7) Copia de la interpretación médica de los estudios realizados
 - 8) Copia de recibos de nómina y/o honorarios y/o declaración fiscal
 - 9) En caso de accidente, es necesario presentar copia simple de las actuaciones completas ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación e informe de las partes que intervinieron en el evento.

Invalidez Total y Permanente

- Documentación del Asegurado:
 - Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
 - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
 - 1) Copia simple y original para cotejo del acta de nacimiento;
 - 2) 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.
 - 3) Copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.
 - 4) Historial Clínico completo, del padecimiento que origina el estado de invalidez.
 - 5) Forma MT-4 expedida por el I.M.S.S o su equivalente del I.S.S.S.T.E, o en su caso, dictamen de invalidez emitido por una institución médica o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
 - 6) Copia del primer recibo de pago de del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E por la Invalidez.
 - 7) Si la invalidez ocurre como consecuencia de un accidente, es necesario presentar copia simple de las actuaciones completas ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación e informe de las partes que intervinieron en el evento.
 - 8) En caso necesario, la Institución practicará los exámenes médicos que juzgue pertinentes.
- Respecto del Beneficiario Preferente que solicita la indemnización, original de:
 - Carta de Reclamación de Siniestro indicando el nombre del Asegurado, el saldo deudor a la fecha de la Invalidez Total y Permanente, Nombre y firma del Representante Legal y fecha.
 - Credencial de elector del Representante Legal.
 - Copia del poder con facultades para pleitos y cobranzas y actos de administración del representante legal del Contratante.
 - Copia del Contrato de Crédito.
 - Estado de cuenta del crédito a la fecha de la Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

Información Sobre el Seguro y Pago del Mismo:

El Contratante, en la documentación en que consten los Contratos de Crédito, hará saber a los Deudores Asegurados la existencia de esta Póliza y los Beneficios que de la misma derivan, asimismo, se obliga a entregar a cada integrante del Grupo Asegurado el Certificado Individual emitido por la Institución.

Al hacer la Institución cualquier pago con motivo de los seguros a que se refiere esta Póliza, el Contratante deberá entregar a la Institución además del recibo finiquito correspondiente, la documentación que ampare el crédito insoluto a que el seguro pagado se refiera, la cual se pondrá a disposición de los interesados.

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, mismo que señala:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

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

V. CLÁUSULAS GENERALES

Cláusula 1ª.- 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.

Cláusula 2ª.- 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

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

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Cláusula 3ª.- 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.

Cláusula 4ª.- Omisiones e 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.

Cláusula 5ª.- Carencia de Restricciones:

Este Contrato no se afectará por razones de género, ocupación y residencia, viajes de los Asegurados posteriores a la contratación del Seguro.

Cláusula 6ª.- 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 no inferiores a un mes 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.

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 plazo de gracia, la Institución deducirá de la indemnización a que tenga derecho el o los Beneficiarios, la Prima vencida no pagada correspondiente al Asegurado fallecido.

Los mencionados pagos de Primas deberán ser hechos en las oficinas de la Institución, a cambio del recibo correspondiente, 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.

Cláusula 7ª.- 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 Asegurado haya realizado el pago de las Primas correspondientes, previa obtención de la aceptación de la propuesta de Rehabilitación por parte de la Institución.

Cláusula 8ª.- Edad:

Para la cobertura de Fallecimiento, solamente pueden ser Asegurados las personas que estén dentro de los límites de edad establecidos por la Institución y que son de 18 años como edad mínima; las edades máxima de aceptación y renovación serán las que se determinen de acuerdo con las políticas de suscripción de la Institución en función al Grupo Asegurado que se trate; las cuales se indicarán en la Póliza y/o Certificado Individual.

El Certificado Individual respectivo quedará cancelado automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación siguiente en que la edad del Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación descrita en la Póliza y/o Certificado Individual.

Cláusula 9ª.- Comprobación de Edad:

Si en el momento de celebrar el Contrato, o con posterioridad, el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la Institución anotará 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.

Cláusula 10ª.- 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 rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración.

Cláusula 11ª.- 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 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.

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

Cláusula 12ª.- Terminación del Seguro Individual:

La responsabilidad de la Institución respecto a cada Certificado Individual, cesará automáticamente por:

- a) El pago del adeudo que ampara dicho Certificado.
- b) El traspaso de adeudo.
- c) Entrar el Contratante en posesión de alguna propiedad del Deudor en pago de la deuda insoluta.

Asimismo, el Certificado Individual se podrá dar por terminado anticipadamente de forma no automática cuando el Contratante lo solicite a la Institución por escrito, en este caso, la terminación será efectiva en la fecha en que sea recibida la solicitud por la Institución o en la fecha indicada en dicha solicitud, la que sea posterior.

La Institución deberá notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios en el domicilio que se indique en el respectivo consentimiento, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes para salvaguardar sus intereses, y entre otras cosas, puedan ejercer su derecho a que la Institución pague al Contratante del seguro, el saldo insoluto del crédito.

Cláusula 13ª.- Beneficiarios:

Se designa como Beneficiario Preferente del seguro al Contratante de esta Póliza, hasta por el monto del Saldo Insoluto del Crédito que el Asegurado llegará a tener con él en el momento de su fallecimiento.

En caso de existir algún remanente después de aplicar el monto del adeudo al último saldo reportado al momento del fallecimiento del Asegurado a la Institución, dicho remanente le será pagado al (los) Beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado en el Consentimiento Individual. Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario el importe del seguro se pagará a la sucesión legítima del Asegurado.

Fuera de la designación del Beneficiario Preferente la cual tendrá el carácter de irrevocable, los Asegurados tienen derecho a designar libremente a sus Beneficiarios al momento de firmar el consentimiento respectivo, y en su caso, indicar si desean renunciar al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Cláusula 14ª.- Pérdida de derecho a ser Indemnizado:

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional vigente o cualquier ordenamiento legal que los sustituya; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Cláusula 15ª.- 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.

Cláusula 16ª.- 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.

Cláusula 17ª.-Prescripción:

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, y en dos 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.

Cláusula 18ª.- 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.

“Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 60.- La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos. Tratándose de diferencias que surjan respecto al cumplimiento de fideicomisos, la Comisión Nacional sólo conocerá de las reclamaciones que presenten los fideicomitentes o fideicomisarios en contra de los fiduciarios.”

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:

“Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

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

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.”

Cláusula 19ª.- 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 prima 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.

Cláusula 20.- Agravación del riesgo:

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

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

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Institución quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Cláusula 21.- Operaciones y servicios por medio electrónicos.

El Contratante y Asegurado podrán 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.afirme seguros.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 al Contratante y la Institución en relación con este Contrato, y (v) cualesquiera otros que de tiempo en tiempo se incluyan en los “Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos”.

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

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. 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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022/CONDUSEF-005453-02.

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

ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN LEGAL

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

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

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

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

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

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

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

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

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

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

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

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

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

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

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

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

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

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

- 1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
- 2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;
- 3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
- 4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
- 5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

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

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

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

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

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

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
- b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
- c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

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

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

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

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

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

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

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

Ley Federal del Trabajo

Artículo 47.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador;

II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, o en contra de clientes y proveedores del patrón, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;

III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo;

IV. Cometer el trabajador, fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;

V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;

VI. Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal, que ella sea la causa única del perjuicio;

VII. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él;

VIII. Cometer el trabajador actos inmorales o de hostigamiento y/o acoso sexual contra cualquier persona en el establecimiento o lugar de trabajo;

IX. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;

X. Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un período de treinta días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;

XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;

XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;

XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el médico;

XIV. La sentencia ejecutoriada que imponga al trabajador una pena de prisión, que le impida el cumplimiento de la relación de trabajo;

XIV Bis. La falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio cuando sea imputable al trabajador y que exceda del periodo a que se refiere la fracción IV del artículo 43; y

XV. Las análogas a las establecidas en las fracciones anteriores, de igual manera graves y de consecuencias semejantes en lo que al trabajo se refiere.

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 (CNSF), a partir del día 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022/CONDUSEF-005453-02.

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 17 de octubre de 2022, con el número CNSF-S0094-0321-2022/ CONDUSEF-005453-02.

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