



MICROSEGURO VIDA GRUPO COVID-19 EXPERIENCIA GLOBAL

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 (Nombre completo, teléfono y correo)
- Causa de siniestro o motivo de reporte
- Fecha del siniestro

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
MICROSEGURO DE VIDA GRUPO COVID-19**

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

NO. DE REGISTRO: CNSF-S0094-0279-2024/CONDUSEF-006512-03

ÍNDICE

I.	Definiciones	4
II.	Cobertura Básica del Seguro	7
	II.1 Cobertura por Fallecimiento	7
III.	Coberturas de Contratación Adicional y/o Opcional	7
	III.1 Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal (Cobertura Adicional Incluida Sin Costo)	7
	III.1.1 Exclusiones para Anticipo de Enfermedad Terminal cuando es Cáncer	8
	III.2 Anticipo Últimos Gastos Funerarios (Cobertura Adicional Incluida Sin Costo)	8
	III.3 Cobertura por Fallecimiento por COVID-19 (Cobertura Opcional Con Costo Adicional)	8
	III.3.1 Exclusiones por Fallecimiento por COVID-19	8
	III.4. Indemnización por Diagnóstico de COVID-19 (Cobertura Opcional Con Costo Adicional)	8
	III.4.1 Exclusiones por Indemnización por Diagnóstico COVID-19	8
	III.5 Indemnización por Hospitalización a causa de COVID-19 (Cobertura Opcional Con Costo Adicional)	9
	III.5.1 Exclusiones por Hospitalización a causa de COVID-19	9
IV.	Asistencias de Contratación Opcional Con Costo Adicional	9
	IV.1 Asistencia Médica	9
	IV.2 Asistencia Funeraria	13
	IV.2.1 Exclusiones Asistencia Funeraria	14
V.	Cláusulas Operativas	15
	Cláusula 1ª Registro de Asegurados	15
	Cláusula 2ª Movimiento de Asegurados	15
	Cláusula 3ª Certificados Individuales	16
	Cláusula 4ª Ingresos al Grupo Asegurado	16
	Cláusula 5ª Bajas en el Grupo Asegurado	16
	Cláusula 6ª Cálculo de la Prima	17
	Cláusula 7ª Contribución del Asegurado en el Pago de la Prima	17
	Cláusula 8ª Renovación Automática	17

VI. Procedimiento de Reclamación y Pago de Indemnizaciones	17
VII. Cláusulas Generales	18
Cláusula 1ª Vigencia del Contrato	19
Cláusula 2ª Rectificación de la Póliza	19
Cláusula 3ª Modificaciones	19
Cláusula 4ª Omisiones e Inexactas Declaraciones	19
Cláusula 5ª Carencia de Restricciones	19
Cláusula 6ª Pago de Primas	19
Cláusula 7ª Reclamante Sustituto	20
Cláusula 8ª Rehabilitación	20
Cláusula 9ª Edad	21
Cláusula 10ª Comprobación de Edad	21
Cláusula 11ª Disputabilidad	21
Cláusula 12ª Suicidio	21
Cláusula 13ª Cancelación del Seguro	22
Cláusula 14ª Beneficiarios	22
Cláusula 15ª Agravación del Riesgo	23
Cláusula 16ª Moneda	23
Cláusula 17ª Comunicaciones	23
Cláusula 18ª Prescripción	23
Cláusula 19ª Competencia	24
Cláusula 20ª Participación del Agente	24
Anexo Transcripción Legal	25

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: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerarán accidentes las lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Vascular Cerebral: Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que dé como resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro, causando déficit neurológico que persista por más de 24 (veinticuatro) horas y determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual. Se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

Se procederá al pago del anticipo cuando se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo en que se determinó el daño neurológico y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en neurología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Asegurado: Es la persona física sobre la que recae el riesgo amparado en la Póliza, y que fue incluido en el registro de asegurados entregado a la Institución por el Contratante.

Beneficiario: Persona o personas indicadas en las presente Contrato, o bien las designadas con posterioridad por el Asegurado, que tiene(n) el derecho a recibir el pago de la Indemnización prevista por el presente Contrato de Seguro.

Cáncer: Se entenderá como Cáncer la presencia de uno o más tumores malignos como consecuencia del crecimiento incontrolado de células anormales o atípicas a partir de células normales, con invasión e infiltración (destrucción) de los tejidos normales cercanos, con la característica de que estas células atípicas o tumorales malignas se diseminan por la circulación sanguínea o linfática desde su lugar de origen hacia localizaciones distintas en el organismo alejadas del tumor inicial o primario, para desarrollar nuevos tumores o metástasis. Se incluyen linfomas y la enfermedad de Hodgkin (tumor maligno linfático), ambos casos en su forma diseminada, leucemias de cualquier tipo.

Se procederá al pago del anticipo cuando: Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios histopatológicos (estudio especializado en los efectos de la enfermedad sobre las estructuras microscópicas de las células que forman los tejidos de un órgano, su composición y su funcionamiento), laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en oncología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

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, la cobertura del seguro, la Suma Asegurada o la regla para determinarla.

Contratante: Es la persona física o moral, que aparece con ese carácter en la carátula de la Póliza y que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro de Vida para el Grupo Asegurable, quien 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 certificados, así

como todos aquellos documentos entregados por la Institución al Contratante y/o Asegurados como son la Póliza, Condiciones Generales, registro de Asegurados, Endosos y cualquier otro documento o cláusula adicional.

Enfermedad: Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura y sea independiente a hechos accidentales.

Enfermedad Coronaria Obstructiva: Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias; incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico característico, con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos de isquemia (disminución del aporte de sangre al músculo cardíaco).
3. Estudios de angiografía (procedimiento radiográfico de las arterias coronarias y vasos asociados), cateterismos coronarios o cualquier otro específico, que demuestre la obstrucción de 3 (tres) o más arterias coronarias en 70% (setenta por ciento).

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. La Enfermedad Coronaria Obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable, el periodo de estancia hospitalaria mínima en la unidad coronaria o similar y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Grupo Asegurable: Conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro. El Grupo Asegurable deberá estar constituido por al menos el 75% de los miembros que lo formen.

Grupo Asegurado: es el conjunto de personas que perteneciendo al Grupo Asegurable que hayan sido aceptados por la Institución y en consecuencia aparezcan inscritas en el registro de asegurados proporcionado por el Contratante.

Se considerarán parte del Grupo Asegurado a las personas declaradas por el Contratante mediante la expedición del Certificado Individual y su respectiva inclusión en el registro de asegurados.

Indemnización: Pago que recibe el Beneficiario en el caso de producirse un siniestro.

Infarto al Miocardio: Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

El diagnóstico deberá incluir los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico, característico con o sin estado de choque.
2. Nuevos cambios electrocardiográficos indicativos del infarto.
3. Elevación de los niveles de las enzimas cardíacas.

Se procederá al pago del anticipo cuando:

1. El Infarto al Miocardio requiera atención hospitalaria, cuyos 3 (tres) primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento esté bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.
2. El Infarto al Miocardio determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
3. Se demuestre a la Compañía el estado de Enfermedad Terminal mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva, incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en cardiología legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidades el límite máximo de responsabilidad de AFIRME, convenido para cada cobertura y aplicable por siniestro cubierto; ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Insuficiencia Renal: La etapa final de la Insuficiencia Renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y reguladora, siendo necesaria la diálisis sistemática o el trasplante renal.

Se procederá al pago del anticipo cuando: Se demuestre el estado de Enfermedad Terminal a la Compañía mediante las pruebas documentales (dictamen) que contengan la integración de las evidencias clínicas, de los estudios de laboratorio, gabinete y específicos, incluyendo un informe detallado donde se determine la enfermedad como progresiva e incurable y la condición del pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, el cual deberá estar fechado y firmado por un médico especialista en nefrología legalmente autorizado para ejercer su profesión.

En cualquier caso, la Institución se reserva el derecho, si lo considera necesario, de solicitar información médica adicional o de otro(s) especialista(s) a los mencionados en los párrafos anteriores, siempre y cuando esté relacionada con la Enfermedad Terminal.

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

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.

Prima: Es el costo anual del seguro mediante el cual la Institución ofrece protección al Asegurado, basado en la Suma Asegurada y la edad del Asegurado al momento de la celebración del contrato.

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.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad de la Institución por el cual cada integrante del Grupo Asegurado estará protegido por la cobertura de fallecimiento. La Suma Asegurada por integrante no podrá ser superior a quince mil UDI. Dicha Suma Asegurada, será especificada según sea el caso, en la carátula de la Póliza y en los respectivos Certificados Individuales.

Territorio Nacional: Se entenderá por territorio nacional, los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

UDI (Unidad de Inversión): Se consideran UDIS a las unidades de valor que se basan en el incremento de los precios y son usadas para solventar las obligaciones de créditos hipotecarios o cualquier acto mercantil.

II. COBERTURA BÁSICA DEL SEGURO

II.1 Cobertura por Fallecimiento:

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Institución pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada de esta cobertura en una sola exhibición conforme a la cláusula de Pago del Seguro. Si el Asegurado llegara con vida al término del plazo de seguro, la protección terminará sin obligación alguna para la Institución.

Edades de Aceptación: de 18 años como mínimo y 90 años como máximo; sin límite de edad de renovación, mientras siga perteneciendo al Grupo Asegurado.

III. COBERTURAS DE CONTRATACIÓN ADICIONAL Y/O OPCIONAL

III.1 Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal (Cobertura Adicional Incluida Sin Costo):

La Institución anticipará el pago de 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada alcanzada de la cobertura por Fallecimiento; sujeto a lo estipulado en la cláusula de Disputabilidad, en caso de que al Asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes Enfermedades Terminales que cumplan con las características detalladas a continuación:

- a) Infarto al Miocardio
- b) Enfermedad Coronaria Obstructiva
- c) Accidente Vascular Cerebral
- d) Cáncer
- e) Insuficiencia Renal
- f) Además de las Enfermedades Terminales anteriores, se considerará cualquier enfermedad diagnosticada al Asegurado en fase terminal.

Siempre y cuando se cumpla la condición de haberse originado una evolución progresiva e incurable de la enfermedad y, como consecuencia, se determine un pronóstico de vida no mayor a 12 (doce) meses, esta condición deberá ser documentada y dictaminada por escrito por un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión o por la Institución de Salud a la que haya acudido el asegurado.

Adicional al dictamen presentado, y en caso de considerarlo necesario, la Compañía podrá solicitar mayores pruebas para conocer los fundamentos de la reclamación en términos del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En este caso, el Asegurado deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Enfermedad Terminal por su médico tratante, mismos que la Compañía evaluará por conducto de un médico especialista en la materia y legalmente autorizado para ejercer su profesión, para determinar la procedencia o no del pago.

En caso de determinar la improcedencia del pago del beneficio de Anticipo por Enfermedades Terminales, el Asegurado podrá solicitar que ambos dictámenes sean evaluados por un médico que elegirá el mismo Asegurado de entre los previamente sugeridos por la Compañía para estos efectos. Dicho médico deberá contar con cédula profesional y estar legalmente autorizado para ejercer su profesión, así como contar con especialidad en la misma materia del que emitió el dictamen que se objeta. En caso de proceder el dictamen de Enfermedad Terminal, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos aquí establecidos, así como los costos del peritaje; en caso contrario, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

La presente cobertura adicional operará sin costo adicional para el Asegurado.

III.1.1 Exclusiones para Anticipo de Enfermedad Terminal cuando es Cáncer:

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de Cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como premalignos y cualquier tipo de Cáncer no invasivo e In Situ (en sitio); así como el sarcoma de Kaposi (tumor o enfermedad maligna que se asocia en ocasiones con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y linfomas malignos) y otros tumores relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

III.2 Anticipo Últimos Gastos Funerarios (Cobertura Adicional Incluida Sin Costo):

Si el Asegurado fallece dentro de la vigencia del Certificado, la Institución se obliga a pagar un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada de la Cobertura por Fallecimiento a petición de los Beneficiarios.

La presente cobertura adicional operará sin costo adicional para el Asegurado.

III.3 Cobertura por Fallecimiento por COVID-19 (Cobertura Opcional Con Costo Adicional)

Sólo si esta cobertura está señalada en el Certificado Individual como contratada, si durante la vigencia de la póliza al Asegurado se le diagnostica COVID-19 y fallece a causa de la misma, La Institución pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a la sucesión legal del asegurado, de manera adicional a la suma asegurada de la cobertura básica el total de la suma asegurada establecida en el Certificado Individual para dicho Asegurado por esta cobertura.

El diagnóstico del COVID-19 deberá ser expedido con base en el resultado de la aplicación de la prueba de diagnóstico con reconocimiento oficial y ser expedido por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud o centros médicos privados o laboratorios que hayan recibido del Gobierno Federal la validación correspondiente para realizar la prueba para detectar pacientes con COVID-19.

III.3.1 Exclusiones de la Cobertura por Fallecimiento por COVID-19

- **Fallecimiento a causas distintas del COVID-19**
- **Fallecimiento del asegurado por COVID-19, diagnosticado antes del inicio de la vigencia de la póliza.**
- **Fallecimiento del asegurado ocasionado por COVID-19, cuyo diagnóstico haya sido expedido por instituciones o centros de salud privados, o laboratorios que no hayan recibido del Gobierno Federal la validación correspondiente para efectuar la prueba para detectar la enfermedad COVID-19**

III.4 Indemnización Diagnóstico de COVID-19 (Cobertura Opcional Con Costo Adicional):

Sólo si esta cobertura está señalada en el Certificado Individual como contratada, si durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado es diagnosticado con la enfermedad COVID-19, La Institución pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, misma que se encuentra establecida en el Certificado Individual; en una sola exhibición y por una sola vez, siempre que su certificado y la póliza estén en vigor al momento del diagnóstico.

III.4.1 Exclusiones de la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de COVID-19.

Este contrato no cubre:

- a) **Diagnóstico de COVID-19 expedido por instituciones o centros de salud privados, o laboratorios que no hayan recibido del Gobierno Federal la validación correspondiente para efectuar la prueba para detectar la enfermedad COVID-19.**
- b) **Diagnóstico de COVID-19 expedido antes del inicio de vigencia de la póliza.**

III.5 Indemnización por Hospitalización a causa de COVID-19 (Cobertura Opcional Con Costo Adicional):

Sólo si esta cobertura está señalada en el Certificado Individual como contratada, si a consecuencia directa de la enfermedad COVID-19, el Asegurado es hospitalizado, La Institución pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, misma que se encuentra establecida en el Certificado Individual; en una sola exhibición y por una sola vez, siempre que el diagnóstico de COVID-19 se expida dentro de la vigencia de la Póliza y su certificado se encuentre en vigor al momento del diagnóstico.

III.5.1 Exclusiones de la cobertura de Indemnización por Hospitalización a causa de COVID-19:**Este contrato no cubre:**

- **Hospitalizaciones por enfermedades distintas al COVID-19.**
- **Hospitalizaciones por COVID-19, diagnosticadas antes del inicio de vigencia de la Póliza.**
- **Hospitalizaciones por COVID-19 cuyo diagnóstico se haya expedido por instituciones o centros de salud privados, o laboratorios que no hayan recibido por parte del Gobierno Federal la validación correspondiente para efectuar la prueba para detectar la enfermedad del COVID-19.**

IV. ASISTENCIAS DE CONTRATACIÓN OPCIONAL CON COSTO ADICIONAL**IV.1 Asistencia Médica**

Sólo si esta asistencia está señalada en el Certificado Individual como contratada, La Institución se obliga a otorgar al Asegurado los Servicios de Asistencia Médica 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.

DEFINICIONES APLICABLES A LA ASISTENCIA MÉDICA:

- a) **Usuario:** Toda persona a quien se le prestará los Servicios descritos.
- b) **Servicios:** Los Servicios Asistenciales que proporciona el Proveedor a los Usuarios.
- c) **Coordinador:** Persona que forma parte de la Cabina de Atención Telefónica.
- d) **Situación de Asistencia:** Todo accidente o enfermedad de un usuario ocurridos en los términos y con las limitaciones establecidas, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los Servicios.

- e) Enfermedad grave: Se define como la aparición súbita e inesperada de manifestaciones con o sin pérdida de la conciencia cuya gravedad en opinión del usuario, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.
- f) Urgencia: Toda situación que en opinión del usuario, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.
- g) Emergencia: Definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.
- h) Referencias con descuento: Todo aquella información o dato proporcionado al usuario, de la red de proveedores médicos del Proveedor, el cual les dará un descuento o costo preferencial.
- i) Especialistas: Persona que práctica una rama determinada de una ciencia.
- j) Cabina de Atención Telefónica: Espacio físico en donde los Coordinadores atienden a los usuarios para proporcionarles ciertos Servicios.

1.- ASISTENCIA COVID TELEFÓNICA

El Usuario tendrá acceso a la orientación vía telefónica, sobre recomendaciones relacionadas al COVID 19:

- Orientación telefónica sobre recomendaciones relacionadas con el COVID-19 (Coronavirus).
- Orientación medica telefónica relacionada con el COVID-19 (Coronavirus)
- Asistencia Psicológica para el manejo de emociones relacionadas a el COVID-19 (Coronavirus) - Primer llamada de contención y asesoría SIN COSTO, en caso de requerir seguimiento especializado, este será a costo preferencial para el Asegurado.
- Coordinación de envió de ambulancia en caso de Emergencia (Costo preferencial)

Es importante señalar que 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.

2.- ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA

El o los Usuarios podrán solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año y el equipo médico del Proveedor a través de su centro de llamadas, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo. A solicitud del Usuario y con cargo al mismo, El Proveedor a través de su red de proveedores proporcionará previa solicitud del Usuario, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el VADEMECUM. El equipo médico no receta, ni cambia tratamientos médicos, ni tampoco brinda tratamientos completos. El Usuario deberá proporcionar información veraz y oportuna que permita llevar a cabo un interrogatorio adecuado que permia brindar el mejor servicio.

3. AMBULANCIA

En caso de que en cualquier parte de la República Mexicana, el Usuario sufra una enfermedad grave o accidente, para el cual nuestro equipo médico recomiende su hospitalización, El Proveedor a través de su red de proveedores cubrirá los gastos del traslado del Usuario en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano o apropiado elegido por éste en la ciudad donde se encuentre, siempre y cuando se trate de un servicio de emergencia o enfermedad grave. Aplica 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.**

Este Servicio está limitado a 1 (uno) evento al año, para cada Usuario. Los servicios adicionales podrán ser brindados con costos preferenciales para el Usuario.

4. MÉDICO A DOMILICIO

Si el Usuario sufriese un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para trasladarse a algún hospital o clínica, a solicitud del usuario y a costo preferencial, El Proveedor coordinará la consulta con un médico general. El Proveedor proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, El Proveedor hará lo posible por ayudar al Usuario a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad.

- Consulta de Medicina General desde \$350.00 M.N. (trescientos cincuenta pesos 00/100 Moneda Nacional) (costo depende de la localidad).
- Red Médica de Especialistas a nivel nacional con costos desde \$500.00 M.N. (quinientos pesos 00/100 Moneda Nacional).

5. DESCUENTOS MÉDICOS

El Proveedor proporcionará al usuario referencias de médicos, clínicas y hospitales a precios preferenciales:

- Descuento en laboratorio clínico.
- Descuentos en ópticas.
- Descuento en aparatos ortopédicos y auditivos.
- Descuento en tratamiento odontológico general.
- Descuento en clínicas y hospitales.
- Descuentos con médicos especialistas.
- Descuentos desde el 5% hasta el 50%, dependiendo del producto. Aplica con más de 15,000 proveedores de la red nacional convenida por El Proveedor. **Sujeto a disponibilidad.**

6. ASISTENCIA PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

A solicitud del Usuario, el Proveedor gestionará, la orientación telefónica sobre cómo afrontar problemas o trastornos generados, a través de la psicoterapia lo cual brindará un ambiente de apoyo que le permitirá al Usuario hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial.

Los Servicios de Asistencia Psicológica serán atendidos por psicólogos certificados en México con más de 5 años de experiencia profesional en el área clínica; y garantizando altos niveles de seguridad para cuidar y resguardar la información del Usuario.

Áreas de atención:

- Ansiedad y estrés.
- Depresión.
- Problemas de pareja.
- Autoestima.

El psicólogo brindará orientación vía telefónica únicamente de contención aplicando recomendaciones que pueden ser, cognitivo conductuales, exposición, resolución de problemas y activación conductual.

El tiempo estimado de la asesoría telefónica será de 15 a 20 min aproximadamente.

Si el Usuario requiere seguimiento en consultorio se ofrecerá una consulta a costo preferencial, el costo de la consulta deberá ser cubierto por el Usuario al momento de asistir a la misma.

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 y recomendará ante situaciones médicas, sin emitir un tratamiento médico ni recetas.

Los horarios de orientación psicología vía telefónica son: lunes a viernes de 9:00 a 21:00 hrs y sábados de 9:00 a 17:00 hrs. Las consultas están sujetas a disponibilidad, así como los términos y condiciones de las sucursales, clínicas.

El psicólogo no tendrá responsabilidad por la falsedad de los hechos o las omisiones que el Usuario haga.

La canalización a un consultorio será únicamente para la Ciudad de México y Estado de México.

EXCLUSION:

No cubre cualquier gasto incurrido u originado con motivo de visita que realice a la consulta médica al que haya sido canalizado el Usuario.

7. ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA

El Usuario tendrá acceso a la orientación nutricional vía telefónica, sobre temas como:

- Casos de desórdenes alimenticios.
- Suplementos alimenticios.
- Red de descuentos.
- Tips de nutrición.
- Referencias nutricionales con especialistas.
- Diseño de dietas.
- Cálculo de peso ideal e índice de masa corporal.
- Información sobre eventos deportivos.
- Suplementos.

En caso de requerir una asistencia personalizada y presencial será con costo para el Usuario. El Servicio se presta sujeto a disponibilidad, así como los términos y condiciones de las sucursales, clínicas y/o consultorios.

¿CÓMO HACER USO DE LAS ASISTENCIAS?

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Usuario deberá llamar a los teléfonos 55 9063 5401 del Proveedor, facilitando los datos siguientes:

1. Indicar el número telefónico donde, podrá contactar con el Usuario así como todos los datos que el Coordinador le solicite para localizarlo. Acreditarse como Usuario del Servicio; al solicitar cualquier servicio, el Usuario no deberá encontrarse bajo el efecto de bebidas alcohólicas, en condiciones psiquiátrico-agresivas o intoxicación por sustancias relacionadas con farcodependencia.
2. Nombre y número de tarjeta o Póliza emitida por la Institución.

3. Proporcionar al Proveedor, cualquier otro documento que solicite, siempre y cuando sea razonable en términos de la ley.

4. Los servicios que se refieren a estas Condiciones Generales, configura la única obligación a cargo del Proveedor y en ningún caso reembolsará al Usuario y/o beneficiarios las sumas que éste hubiera erogado.

En caso en que el Proveedor no pudiera proporcionar el servicio por causas de fuerza mayor, el servicio se restablecerá cuando los efectos de la causa de fuerza mayor hayan cesado y la infraestructura esté reactivada o rehabilitada, o se brindará en la localidad más cercana donde se cuente con el mismo.

IV.2 Asistencia Funeraria

Sólo si esta asistencia está señalada en el Certificado Individual como contratada, la Institución se obliga a otorgar al Asegurado los Servicios de Asistencia Funeraria a través del Proveedor y aplican únicamente dentro de la República Mexicana. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el Proveedor, la Institución será la única responsable frente a los Beneficiarios por la actuación del Proveedor en virtud del presente Contrato de Seguro.

Este servicio sólo será aplicable a ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

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.

En caso de fallecimiento del Asegurado por COVID-19, 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, dicho servicio funerario estará sujeto al cumplimiento de los Lineamientos de Manejo General y Masivo de Cadáveres por COVID-19 (SAR-CoV-2) emitido por la Secretaria de Salud de fecha 21 de abril de 2020 o cualquiera que lo sustituya.

El Servicio de Asistencia Funeraria incluye:

1. Atención personalizada las 24 horas los 365 del año, a través del Call Center del Proveedor, cuyo número telefónico es 55 9063 5401.
2. Atención y asesoría personalizada ante el Ministerio Público para la recuperación del finado en el territorio nacional.
3. Traslados:
 - a) Primer traslado del finado del lugar del fallecimiento hacia cualquiera de las agencias de inhumaciones dentro de la red del Proveedor.
 - b) Segundo traslado del lugar de velación al panteón que designe el familiar responsable o bien al crematorio (según disponibilidad).
 - c) Los traslados entre punto y punto abarcarán un máximo de 60 kilómetros y siempre serán dentro de la misma localidad, municipio o área conurbada y sin que incluya trámites de intención. En caso de exceder esa distancia de 60 kilómetros, el Usuario cubrirá el costo por los kilómetros excedentes a razón de \$30.00 (Treinta pesos 00/100 M.N.) por cada kilómetro, más el pago y trámite de cualquier costo o Servicio por internación o derechos que deban cubrirse al momento de prestar los Servicios. El pago se deberá realizar directamente al proveedor cuando finalice el Servicio.
4. Arreglo estético del cuerpo (maquillar y vestir) y embalsamiento del cuerpo.
5. Ataúd metálico básico.

6. Sala para el funeral o capilla de velación básica/estándar o en caso de requerirlo, equipo de velación a domicilio.
7. Facilidades para celebrar Servicios religiosos.
8. Cremación, ataúd (en derecho de uso) y entrega de urna básica (en caso de contar con los Servicios en el área correspondiente del interior de la República Mexicana).
9. Asistencia Legal Post Fallecimiento (Servicio Ilimitado vía telefónica).
 - Proceso para la cancelación de tarjetas de crédito, debido o departamentales.
 - Proceso para la cancelación de cuentas en redes sociales.
 - Indicaciones para la búsqueda de testamentos.
 - Asesoría para el nombramiento de tutores y albaceas.
 - Orientación en la venta o adquisición de bienes heredados, sujetos a copropiedad y/o arrendamiento.
 - Apoyo en búsqueda de beneficiarios de seguros de vida.

Este Servicio está limitado únicamente para el caso de fallecimiento del Asegurado y hasta por el monto máximo establecido en el Certificado Individual; aplica en caso de fallecimiento por cualquier causa. El beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco días naturales posteriores a la fecha del fallecimiento del Asegurado para solicitar el servicio de Asistencia Funeraria.

Cualquier excedente derivado de servicios adicionales o diferentes a los descritos anteriormente, deberá ser cubierto por los familiares del Asegurado.

Los Servicios de asistencia funeraria descritos arriba, serán proporcionados dentro del territorio de la República Mexicana por la red del Proveedor. En caso en que el Proveedor no pudiera proporcionar el servicio por causas de fuerza mayor, el servicio se restablecerá cuando los efectos de la causa de fuerza mayor hayan cesado y la infraestructura este reactivada o rehabilitada, o se brindará en la localidad más cercana donde se cuente con el mismo.

IV.2.1 Exclusiones Asistencia Funeraria

El Servicio de Asistencia Funeraria no cubrirá lo siguiente:

- a) **Trámites y traslados por casos de muerte médico Legal (Ministerio Público y Servicio Médico Forense).**
- b) **Cualquier gasto o costo originado por trámites ante el Ministerio Público y Servicio médico forense.**
- c) **Exhumación de restos áridos.**
- d) **Arreglos florales.**
- e) **Honorarios y maniobras del panteón.**
- f) **Traslados foráneos (trámites, fletes terrestres o aéreos).**
- g) **Costos y trámites de internación.**
- h) **Repatriación.**
- i) **Traslados Internacionales.**
- j) **Servicio de Cafetería.**
- k) **Nicho, fosa, cripta, gaveta.**
- l) **Esquelas en los periódicos.**
- m) **Servicios fuera de la República Mexicana.**
- n) **Repatriación de restos.**
- o) **Gastos por servicios funerarios adicionales o diferentes a los cubiertos.**

- p) Servicios funerarios cuando el fallecimiento haya ocurrido por hechos o actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
- q) Transportación de deudos o acompañantes.**
- r) Traslado del cuerpo de una entidad federativa o municipio a otra.**

El costo que se genere del traslado de una entidad federativa o municipio a otra, correrá a cargo de la familia, previo acuerdo entre el Prestador y los familiares del Asegurado.

V. 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 la especificación de la cobertura amparada.

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 a su alta.
- 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 Certificados Individuales 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 del presente Microseguro de Vida.

Los datos antes mencionados serán recabados por el Contratante, y el Asegurado deberá firmar de conformidad el Certificado Individual. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- Nombre, teléfono y domicilio de la Institución
- Firma del funcionario autorizado de la Institución
- Número de la Póliza y del Certificado
- Nombre o datos de identificación del Contratante
- Nombre y fecha de nacimiento del Asegurado
- Fecha de inicio y plazo de vigencia de la Póliza y/o del Certificado
- Detalle de la cobertura del Microseguro y en su caso, exclusiones generales
- Forma, plazo y comprobación del pago de la Prima
- Suma Asegurada o reglas para determinarla

- Nombre de los Beneficiarios y en su caso, el carácter irrevocable de la designación
- Procedimiento de reclamación y pago de la Indemnización.

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.

El comprobante del pago de la Prima hará prueba plena de la celebración del Contrato de Seguro.

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 Automática:

El Contrato de Seguro se renovará automáticamente por periodo de igual duración una vez transcurrido el periodo de vigencia, salvo que el Contratante manifieste expresamente a la Institución su voluntad de no continuar con la cobertura cuando menos con treinta días naturales de anticipación al vencimiento del presente contrato. La renovación se llevará a cabo en las mismas condiciones contratadas, a partir de la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro. La Prima considerada para cada renovación, será calculada con el procedimiento establecido en la Nota Técnica que la Institución tiene registrada en ese momento y su monto de hará del conocimiento del Contratante con al menos quince días de anticipación a la renovación del Contrato de Seguro.

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.

VI. 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, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del mismo y del derecho constituido a su favor. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Pago del Seguro.

El Beneficiario tendrá 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.

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

I. Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización por Fallecimiento y Fallecimiento por COVID-19:

1. Copia simple cotejada contra original del Acta de Defunción;
2. Copia simple cotejada de la Credencial de Elector o del Pasaporte, o Cédula Profesional si lo tuviera.

II. Respecto de Beneficiario(s) solicita la Indemnización por Fallecimiento y Fallecimiento por COVID-19:

1. Copia simple cotejada contra original de la Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación;
2. Copia simple cotejada contra original de Acta de matrimonio, en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge; **en caso de concubinato se deberá presentar el documento que compruebe dicho carácter.**

3. Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;
4. Copia del comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s) con antigüedad no mayor a tres meses.

Adicionalmente a lo antes señalado, si el fallecimiento ocurre como consecuencia de un Accidente se requerirá:
Copia Certificada del Actuaciones completas ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación.

- III. Respecto del Asegurado que solicita pago de cobertura de Anticipo Últimos Gastos Funerarios:**
 1. Copia simple cotejada contra original del Certificado de defunción.
 2. Copia simple cotejada de la Credencial de Elector o del Pasaporte, o Cédula Profesional si lo tuviera.
- IV. Respecto de Beneficiario(s) solicita la Indemnización pago de cobertura de Anticipo Últimos Gastos Funerarios:**
 1. Copia simple cotejada contra original de la Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación;
 2. Copia simple cotejada contra original de Acta de matrimonio, en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge; **en caso de concubinato se deberá presentar el documento que compruebe dicho carácter.**
 3. Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;
 4. Copia del comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s) con antigüedad no mayor a tres meses.
- V. Respecto del Asegurado que solicita pago de coberturas por Diagnóstico COVI-19 y/o Hospitalización por COVID-19:**
 1. Copias cotejadas contra el original del diagnóstico COVID-19;
 2. Copia simple de Credencial de Elector o del Pasaporte, o Cédula Profesional si lo tuviera;
 3. En caso, de solicitarla a través del Reclamante Sustituto, identificación oficial de éste.
- VI. Respecto del Asegurado que solicita pago de la cobertura Anticipo de la Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal:**
 1. Copia simple cotejada contra original del dictamen y demás pruebas clínicas indicadas para cada Enfermedad en las presentes condiciones.
 2. Copia simple de Credencial de Elector o del Pasaporte, o Cédula Profesional si lo tuviera;
 3. En caso, de solicitarla a través del Reclamante Sustituto, identificación oficial de éste.

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.

Información sobre el Seguro y pago del mismo:

El Contratante, hará saber por escrito a los 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 pago a que el seguro pagado se refiera, la cual se pondrá a disposición de los interesados.

Indemnización por Mora:

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

VII. 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.- Reclamante Sustituto

Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por la Institución, que, por razones atribuibles a su condición de salud, el Asegurado no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos por las coberturas de **Indemnización Diagnóstico de COVID-19 e Indemnización por Hospitalización a causa de COVID-19**, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

El Reclamante Sustituto será cualquiera de los Beneficiarios indicados en el presente Contrato, siempre y cuando sea mayor de edad al momento de realizar la reclamación. El Asegurado en todo momento tendrá la opción de modificarlo y comunicar esta nueva designación a la Institución.

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

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

Cláusula 8ª.- 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 9ª.- Edad:

Para las coberturas y asistencias establecidas en el presente Contrato de Seguro, las edades de aceptación son: de 18 años como mínimo y 90 años como máximo; sin límite de edad de renovación, mientras siga perteneciendo al Grupo Asegurado.

Cláusula 10ª.- 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 11ª.- 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 o en el registro de asegurados de esta Póliza, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del Siniestro, entendiéndose como éste, el fallecimiento del Asegurado o cualquier otro riesgo del Asegurado cubierto en los Endosos o beneficios adicionales correspondientes.

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

Para efectos del presente contrato de seguro, por tratarse de un Microseguro de Vida Grupo, la aceptación para ser asegurado se entiende otorgada por la inclusión en el registro de asegurados entregada por el Contratante, por lo que no es necesaria la expedición del consentimiento por escrito del Asegurado.

Cláusula 12ª.- Suicidio:

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

Cláusula 13ª.- Cancelación del Seguro

La vigencia del presente Contrato principia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la Póliza, siempre y cuando no se presente antes alguna de las causas de rescisión a que se refiere la Ley sobre el Contrato de Seguro.

No obstante el término de vigencia del Contrato, las partes convienen que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito del Asegurado recibido por la Institución con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la Prima.

Así mismo, la Póliza del seguro será cancelada de manera automática por la falta de pago del seguro, pasando el periodo de gracia prevista en la Cláusula Sexta del presente Contrato.

Cláusula 14ª.- Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Institución pagará en caso de resultar procedente, al Beneficiario indicado en el Certificado Individual, la suma asegurada indicada en dicho Certificado.

Dicha suma asegurada será pagada al cónyuge o concubino del Asegurado y en caso de que no existir, será pagado a cualquier hijo del Asegurado siempre y cuando sea mayor de edad; si ninguna de las anteriores fuere posible, será pagado a la sucesión legal del Asegurado. El Asegurado tiene la opción en todo momento de solicitar la modificación de los Beneficiarios en caso de excedente, enunciados en este apartado, lo que deberá notificar por escrito a la Institución, indicando el nombre y porcentaje correspondiente.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Institución efectuaría el pago del excedente conforme a la última designación que se tenga, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

Con el pago de la Indemnización quedará cancelado el Certificado Individual del Asegurado fallecido.

ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre 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.

Cláusula 15ª.- Agravación del Riesgo:

1. 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.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, 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; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados 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 alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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 16ª.- 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 17ª.- 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 18ª.-Prescripción:

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

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

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

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

Cláusula 19ª.- Competencia:

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

Cláusula 20ª.- Participación del Agente:

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la Prima que por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en el Contrato de seguro. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud.

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, www.condusef.gob.mx Correo asesoria@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 04 de abril de 2025, con el número CNSF-S0094-0279-2024/CONDUSEF-006512-03.

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

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 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 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 81.- todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

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

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

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

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

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

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas

expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

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

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

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

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

- IV.** La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- VIII.** En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX.** La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X.** Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

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

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

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

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

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

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

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

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

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

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

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

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

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

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

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

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el

decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada.

Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el 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.

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, www.condusef.gob.mx Correo asesoria@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 04 de abril de 2025, con el número CNSF-S0094-0279-2024/CONDUSEF-006512-03.

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

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

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 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

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 04 de abril de 2025, con el número CNSF-S0094-0279-2024/CONDUSEF-006512-03.

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

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