Clausulado

Condiciones Generales

Seguro de Grupo

Vida Inbursa

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre,
Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Índice

Capítulo N°		Página
I	Cláusulas Generales	1
II	Características del plan de seguro (cobertura básica)	13
III	Coberturas adicionales	14
IV	Beneficiarios y pago de sumas aseguradas	23
V	Glosario de Artículos	26

CNSF-S0022-0052-2021 / CONDUSEF- 005604-01

CNSF-S0022-0623-2020 / CONDUSEF- 005552-02

Capítulo I Cláusulas Generales

1.1. Definiciones

Al utilizar las siguientes palabras queremos decir esto:

Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado.

Aseguradora, Compañía o Institución

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

Autenticación

Es el conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para verificar la identidad del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario y su facultad para realizar Operaciones Electrónicas.

Contratante

Es la persona física o moral que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza y en los certificados individuales, responsable ante la Compañía de pagar la Prima de esta póliza.

En términos de la fracción I, del artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, cuando el objeto de este contrato sea otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir este contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al Grupo Asegurado, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, las obligaciones de la Compañía terminarán a las 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En el supuesto de rescisión por cambio de Contratante, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada previa disminución proporcional del costo de adquisición y, en su caso, los beneficios derivados de este contrato, a más tardar al hacer la notificación de la rescisión. Cualquier devolución de prima se realizará por conducto del Contratante.

Si la Compañía no notifica la rescisión dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores al aviso del cambio de Contratante, se entenderá que esta póliza continúa bajo los mismos términos.

Grupo Asegurado

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa, o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración de este contrato de seguro, y que satisfagan los requisitos que establece esta póliza para ser Asegurados, quedando inscritos en el registro de Asegurados.

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por algún error sean inscritas en el registro de Asegurados de esta póliza, por lo que el Contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de las Primas pagadas correspondientes a tales personas. El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

Medios Electrónicos

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento

F-2351-2 JULIO 2025

de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía.

Operaciones Electrónicas

El conjunto de operaciones y servicios que la Compañía realice con sus clientes a través de Medios Electrónicos.

1.2. Contrato

La solicitud de seguro, esta póliza, el registro de Asegurados, los consentimientos, los certificados individuales y los endosos adicionales, son parte del contrato de seguro y constituyen prueba de su celebración.

"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 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

1.3. Endoso de Auto–administración

Documento mediante el cual se estipulan los procedimientos administrativos y operativos de esta póliza en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

Este endoso operará únicamente si en la carátula de la póliza se indica que esta póliza se encuentra sujeta al Endoso de Auto-administración.

1.4. Vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en la carátula y certificado individual de esta póliza.

La vigencia de los certificados individuales principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en dichos certificados y están supeditados a la vigencia de esta póliza. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

1.5. Terminación anticipada del contrato

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado conforme a lo señalado en la cláusula "1.24. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el solicitante, el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía".

El Asegurado o el Contratante deberá solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Compañía, o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido, debiendo acompañar copia simple y original (para cotejo) de su identificación oficial vigente, a fin de verificar la autenticidad y veracidad de quien solicita la terminación. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma se dará por terminada a partir del momento en que se emita dicho acuse.

En este caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes contados a partir de la recepción de la solicitud de terminación, la prima total por el tiempo de vigencia no transcurrido, menos los gastos de expedición.

1.6. Modificaciones

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos Endosos, mismos que deberán haberse registrado de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; en consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

La Compañía se reserva el derecho de modificar la prima de esta póliza al vencimiento del contrato y previo aviso dado al Contratante con por lo menos 20 (veinte) días naturales de anticipación, de acuerdo con la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

1.7. Carencia de restricciones

Salvo lo señalado en las cláusulas generales 1.15. Suicidio y en las exclusiones establecidas para las coberturas adicionales indicadas en el Capítulo III, este contrato no está sujeto a restricción alguna, ya sea en atención al género de vida, residencia, viajes u ocupación de los Asegurados.

1.7.1. Cláusula complementaria a la carencia de restricciones

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Usted o Su(s) 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 Compañía, si el Contratante, Usted o Su(s) 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, o si el nombre del Contratante, de Usted o de Su(s) beneficiario(s), sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Nosotros tengamos conocimiento de que el nombre del Contratante, de Usted o de Su(s) beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Nosotros consignaremos 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.

1.8. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago. Si esta póliza se contrata

en moneda extranjera, las obligaciones se cumplirán entregando su equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

1.8.1. Denominación

Esta póliza puede ser contratada en cualquiera de las siguientes denominaciones, lo cual constará en la carátula de la misma:

Moneda nacional: Tanto la Prima como la(s) suma(s) asegurada(s) de la cobertura básica y de la(s) cobertura(s) adicional(es), no variarán en cuanto a la cantidad por la cual fue contratado el seguro.

Dólares: Tanto la Prima como la(s) suma(s) asegurada(s) de la cobertura básica y de la(s) cobertura(s) adicional(es), no variarán en cuanto a la cantidad de dólares de los Estados Unidos de América por la cual fue contratado el seguro.

1.9. Prima

Prima es la contraprestación económica a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado como único o fraccionado, según se establezca en la carátula de esta póliza.

La suma de las Primas que correspondan a cada Asegurado de acuerdo a sus coberturas contratadas conformará la Prima total de esta póliza.

En cada renovación la Prima se actualizará para cada Asegurado de acuerdo a su género, edad alcanzada, suma asegurada y siniestralidad presentada al momento de la renovación. Independiente de la actualización que corresponda por edad alcanzada, los incrementos de primas en cada renovación serán los que resulten de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima de la cobertura básica y de las adicionales, lo anterior conforme a lo establecido para ese efecto en la nota técnica.

La Prima para cada Asegurado que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato será proporcional a los días exactos que transcurran desde su fecha de alta y hasta la fecha de fin de vigencia de esta póliza.

El pago único es aquel que se hace en una sola exhibición, por el importe correspondiente a todo el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la Prima.

El pago fraccionado es aquel en el que el importe correspondiente al lapso para el cual resulte calculada la unidad de la Prima se reparte en parcialidades, mismas que corresponderán a períodos de igual duración, ya sean semestrales, trimestrales o mensuales, aplicando un recargo por financiamiento.

La forma de pago convenida se indica en la carátula de esta póliza y, en el aviso de cobro que en su caso expida la Compañía.

La fecha de vencimiento para pagar la Prima de esta póliza es el primer día de cada período de pago, salvo que, tratándose de pago único, se haya convenido una fecha de vencimiento distinta, lo que se hará constar mediante la emisión del endoso correspondiente. Se entenderá por período de pago, tratándose de pago único, el plazo de vigencia de esta póliza, pero tratándose de pago fraccionado, serán los semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará del término máximo que se precisa en la carátula de esta póliza y en el aviso de cobro que en su caso expida la Compañía, contado a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada período de pago.

Si el Contratante no liquida la Prima a más tardar en su fecha de vencimiento, ni dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

El Contratante estará obligado a pagar la Prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, el cual se señala en la carátula de esta póliza o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo oficial correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la Prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o alguno de los Asegurados tengan dicho recibo.

Asimismo, el pago de las Primas se puede hacer con

cargo a una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las Primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las Primas cuando el Contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

1.10. Rehabilitación

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza y de los certificados individuales por no haberse efectuado el pago de la Prima, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, y la Compañía la podrá otorgar respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación de rehabilitación y requisitos que a continuación se indican:

Documentos:

- Solicitud de rehabilitación de póliza firmada por el Contratante (escrito en formato libre) o en su caso el representante legal del Contratante; y
- Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Contratante o en su caso del representante legal del Contratante (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional).

Políticas para valorar la rehabilitación:

- Que el período sin pago sea menor a 90 (noventa) días naturales contados a partir del día siguiente a que venció el término máximo que tenía para cubrir la prima.
- Que no exista siniestro ocurrido, manifestado, o por reclamar a la fecha en que se pide la rehabilitación.
- Que esta póliza no se haya rehabilitado previamente más de 2 (dos) veces.
- Que el Contratante acepte e informe a los Asegurados que la Compañía no cubrirá los siniestros ocurridos, manifestados o diagnosticados durante el período al descubierto.

En caso de autorizarse la rehabilitación:

El Contratante pagará la Prima correspondiente a la Compañía en una sola exhibición y en un plazo de hasta 7 (siete) días hábiles contados a partir de la autorización de la rehabilitación, y la Compañía respetará la antigüedad de los Asegurados.

Esta póliza y los certificados individuales, se considerarán rehabilitados a partir del día en que la Compañía lo autorice y dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del endoso respectivo.

En ningún caso, la Compañía responderá por siniestros ocurridos durante el período al descubierto.

1.11. Edad

Solamente pueden ser aseguradas las personas cuya edad mínima sea de 12 (doce) años y la máxima sea de 70 (setenta) años cumplidos a la fecha de emisión del correspondiente certificado individual.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de algún Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el certificado individual, a no ser que su edad real al tiempo de la celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática del certificado individual a la fecha de rescisión.

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

A) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

B) Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;

C) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real;

D) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las Primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el tiempo de la celebración del contrato.

En caso de contratar coberturas adicionales, los límites de admisión y cobertura serán los estipulados para cada una en el Capítulo III "Coberturas adicionales".

1.11.1. Descuento de mujeres

Cuando esta póliza se haya contratado bajo la modalidad de "Experiencia global" de acuerdo a lo indicado en el punto 2.3 del Capítulo II. Participación en las utilidades (Dividendos) aplicará un descuento a las personas de sexo femenino de 3 (tres) años a su edad real para el cálculo de primas de la cobertura básica, de las coberturas adicionales de Invalidez Total y Permanente y de la cobertura adicional de pago de la suma asegurada por Enfermedad grave (SEVI).

En este caso se respetará la edad mínima de cálculo de 12 (doce) años. El descuento no operará cuando la póliza se contrate a edad promedio del grupo.

1.12. Movimientos de Asegurados

1.12.1. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados de esta póliza, el cual contendrá los siguientes datos:

A) Nombre, edad o fecha de nacimiento y género, de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado,

B) Suma asegurada o regla para determinarla,

C) Fecha en que entre en vigor el seguro de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado y fecha de terminación del mismo,

D) Operación y plan de seguros,

E) Número de certificado individual, y

F) Coberturas amparadas

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro, salvo en las pólizas expedidas con el endoso de Auto-administración, dado que en éstas la información aludida obra en poder del Contratante.

1.12.2. Altas

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 Asegurado.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 (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 30 (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.

1.12.3. Bajas en el Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima total no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Cualquier restitución de Prima se realizará por conducto del Contratante.

Cuando los integrantes del Grupo Asegurado contribuyan en el pago de la Prima y alguno de ellos no cubra al Contratante la parte a que se hubiese obligado, éste último podrá solicitar a la Compañía la baja de esta póliza del Asegurado de que se trate.

1.12.4. Modificaciones en la situación de los Asegurados

El Contratante y el Asegurado deberán informar por escrito a la Compañía cualquier modificación en la situación de este último que afecte las condiciones del riesgo, dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al momento en que la conozcan, a fin de que la Compañía realice la modificación correspondiente en esta póliza a partir de la fecha en que cambió dicha situación y ajuste el importe de la Prima. Si se omitiere el aviso, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Cuando la modificación afecte la regla para determinar las sumas aseguradas, será necesario que el Contratante entregue a la Compañía dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes a que se determine la modificación, los nuevos consentimientos en donde conste dicha modificación. En caso de que no se entreguen a la Compañía los nuevos consentimientos prevalecerá la regla establecida en anteriores certificados.

1.13. Derecho a seguro individual

Cuando el objeto de este contrato sea otorgar una prestación laboral a cargo del Contratante, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (en lo sucesivo referida como "la Comisión"). El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la Prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

1.14. Disputabilidad

Este contrato y los certificados individuales serán disputables durante el primer año contado a partir de su fecha de vigencia o de su última rehabilitación, por omisión, falsedad o inexacta declaración de los hechos necesarios que se proporcionen para la apreciación del riesgo, respecto de aquellos Asegurados a los que se les hayan aplicado requisitos de asegurabilidad para la selección del riesgo.

1.15. Suicidio

La Compañía no estará obligada al pago de la suma asegurada en caso de muerte por suicidio de alguno de los Asegurados ocurrido dentro del primer año de vigencia continua de su certificado individual o de su última rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y su estado mental o físico. La Compañía sólo reembolsará al (a los) beneficiario(s) del Asegurado el importe de la reserva matemática que corresponda a dicho certificado

más los dividendos generados, en caso de haberlos y en la proporción en que el Asegurado hubiera participado del pago de la Prima, en la fecha que ocurra el fallecimiento del Asegurado. No obstante lo anterior, la Compañía estará obligada al pago de la suma asegurada aún en caso de muerte por suicidio cualquiera que sea el estado físico o mental, una vez transcurrido el primer año de vigencia continua del certificado individual.

En caso de rehabilitación, el período de un (1) año correrá a partir de la fecha en que se rehabilite el certificado individual. Cualquier incremento en la suma asegurada, diferente al originalmente pactado, será nulo en caso de suicidio antes de cumplirse el primer año de la fecha en que fuese aceptado el incremento por la Compañía, limitándose en este caso la obligación de la Compañía al pago del importe de la reserva matemática y los dividendos que correspondan a dicho incremento, en caso de haberlos y en la proporción en que el Asegurado hubiera participado del pago de la Prima.

1.16. Agravación del riesgo

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga su riesgo durante la vigencia de la póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere o provocara alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora en lo sucesivo.

1.16.1. Cláusula complementaria de agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Usted o Su(s) 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 Compañía, si el Contratante, Usted o Su(s) 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, o si el nombre del Contratante, de Usted o de Su(s) beneficiario(s), sus actividades o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Nosotros tengamos conocimiento de que el nombre del Contratante, de Usted o de Su(s) beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Nosotros consignaremos 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.

1.17. Cambio de Contratante

Cuando el objeto de este contrato sea otorgar

una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo Asegurado, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del "Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades". Cualquier reembolso de Prima se realizará por conducto del Contratante.

1.18. Ocurrencia del siniestro

Con base en el Artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, tan pronto como el Contratante o los Asegurados o sus beneficiarios, tengan conocimiento de la realización de un siniestro cubierto por esta póliza, deberá(n) notificarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo hacerlo tan pronto como cese uno u otro.

1.19. Comprobación del siniestro

La Compañía tendrá derecho a pedir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Con la aceptación de esta póliza, los Asegurados autorizan a la Compañía para que solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que los hayan atendido o que los atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre sus padecimientos anteriores y/o actuales.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, los Asegurados o su(s) beneficiario(s) deberán cumplir con la obligación de presentar, en caso de siniestro, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los padecimientos correspondientes ya que el mismo es indispensable para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación.

Para presentar la reclamación de alguna cobertura de su póliza, el Asegurado o su(s) beneficiario(s) deberán presentar la siguiente documentación:

Reclamación por fallecimiento de cualquier cobertura básica o para las coberturas adicionales de Accidente MA, MAC, MAPM, MAPMC o PM:

Del Asegurado sobre el cual se realiza la reclamación:

- Copia certificada del acta de defunción.
- Copia simple del certificado de defunción.
- Copia certificada del acta de nacimiento.

Cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, presentar la copia auténtica de la(s) carpeta(s) de investigación completa(s) levantada(s) ante el agente del ministerio público que tuvo conocimiento del fallecimiento, la(s) cual(es) deberá(n) contener por lo menos: identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia.

Para las coberturas por fallecimiento el (los) beneficiario(s) deberá(n) presentar

- Carta de reclamación.
- Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- En caso, de que el beneficiario sea el cónyuge del Asegurado, copia certificada del acta de matrimonio, si se trata de la concubina o del concubinario, copia certificada de la documentación que acredite el concubinato, si son los hijos del Asegurado, copia certificada de su acta de nacimiento y en el caso de los padres del Asegurado, copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
- Original de un comprobante de domicilio con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su

fecha de emisión.

- Mayores de edad: Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para votar, pasaporte, cédula profesional)

- Menores de edad: Acta de nacimiento o pasaporte, así como la confirmación de identidad que haga alguno de sus padres o su tutor.

Para las coberturas de Invalidez BEPP, BEPPA, BITP o BITPA así como para la cobertura de enfermedades graves SEVI.

- Carta de reclamación

- Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.

- Copia certificada del acta de nacimiento del afectado.

- Original de un comprobante de domicilio con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.

- Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional).

- Para las coberturas de invalidez, también se requerirá el original o copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por la Institución en donde se encuentre afiliado o por un médico con certificación de especialidad en la materia.

En caso de que el Asegurado o su(s) beneficiario(s) se negara(n) injustificadamente a proporcionar esta información o documentos, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone el presente contrato.

1.20. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía en los términos de los artículos 50- Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negación de la Compañía de satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante la CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el segundo párrafo del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.21. Comunicaciones

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, de los Asegurados o de los beneficiarios deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en la carátula de esta póliza y en los certificados individuales. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los beneficiarios, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

1.22. Prescripción

Las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en 5 (cinco) años tratándose de las coberturas cuyo riesgo amparado sea el fallecimiento de los Asegurados y en 2 (dos) años en los demás casos. Estos plazos se contarán desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él y si se trata de la realización del siniestro desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la

reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

1.23. Indemnización por mora

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

1.24. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el solicitante, el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía.

La Compañía se obliga a entregar por escrito al Contratante la documentación contractual incluyendo la carátula de esta póliza, las condiciones generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivados del contrato celebrado, dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro, en la sucursal de la Compañía que para tal efecto designe el Contratante, en su domicilio o en la dirección de correo electrónico proporcionados por el Contratante al momento de la contratación. La entrega por correo electrónico se hará en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante.

En caso de que por cualquier motivo no se reciba la documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente), el Contratante deberá llamar al centro de atención telefónica de la Compañía, cuyo número es el 55 54 47 8000 y 800 90 90000, con horarios de atención de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 horas, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico conforme se señala en el párrafo anterior, se le proporcionen dicha documentación.

Con independencia de lo anterior, el Contratante puede obtener un duplicado de la documentación contractual llamando al centro de atención telefónica de la Compañía, conforme se establece en el párrafo que antecede, o realizar la consulta y descarga de la misma a través de nuestro portal de Internet www.inbursa.com.

1.25. Comisiones

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

1.26. Contratación del uso de Medios Electrónicos

El Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario tienen la opción de hacer uso de Medios Electrónicos.

Para efectos de lo anterior, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario pueden solicitar tal contratación a la Compañía, quien les brindará los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos, los cuales están disponibles para consulta previa a su contratación en la página de internet de la Compañía: https://www.inbursa.com/storage/Condiciones-uso-medios-electronicos.pdf

En dichos términos y condiciones la Compañía establece lo siguiente:

A. Las operaciones y servicios que pueden proporcionarse a través de Medios Electrónicos, tales como la propia contratación de pólizas, el envío de la documentación contractual, reporte de siniestros y seguimiento a los mismos, entre otros, así como las vías de comunicación electrónica para solicitarlos, entre los que se encuentran la aplicación "Inbursa Móvil", el portal www.inbursa.com y nuestros centros de atención telefónica.

B. Los mecanismos y procedimientos para la identificación y Autenticación del Contratante, del Asegurado y/o del Beneficiario a través de Medios Electrónicos, mediante mecanismos basados en sus características físicas, en dispositivos o

información que solo él posea o conozca, los cuales pueden incluir:

- Información que la Compañía valide a través de cuestionarios practicados por el centro de atención telefónica;

- Contraseñas y Números de Identificación Personal (NIP);

- Información contenida o generada en medios o dispositivos que el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario tenga posesión, tales como dispositivos generadores de contraseñas dinámicas y tarjetas con circuito integrado; e

- Información derivada de las características físicas, tales como huellas dactilares, geometría de la mano o patrones en iris o retina, rasgos faciales, entre otras.

C. Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las Operaciones Electrónicas realizadas a través de Medios Electrónicos, contemplando el correo electrónico, el envío de mensajes de texto (SMS) y la comunicación telefónica.

D. Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas a través de Medios Electrónicos, que son similares a los de la propia contratación, considerando los tiempos de respuesta de la solicitud de cancelación, canales de atención al Contratante, al Asegurado y/o al Beneficiario y procedimientos para su identificación y Autenticación; y

E. Los límites de responsabilidad tanto de la Compañía como del Contratante, del Asegurado y/o del Beneficiario y las restricciones operativas en Medios Electrónicos, tales como caída de sistemas o de cómputo, mal funcionamiento o suspensión de los medios de comunicación o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo, incluyendo fallas o interrupciones derivadas de la tecnología, mantenimiento del portal, continuidad del servicio, administración de la información que se genere mediante el uso de nuestros servicios y recomendaciones para que dicho uso se efectúe adecuadamente.

Capítulo II Características del plan de seguro (cobertura básica)

2.1. Plan del seguro (cobertura básica)

La Compañía pagará la suma asegurada contratada en caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra estando vigentes esta póliza y el certificado correspondiente.

2.2. Renovación

La Aseguradora podrá renovar este contrato de seguro cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del "Reglamento del Seguro de Grupo para Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades", en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en la nota técnica respectiva.

2.3. Participación en las utilidades (Dividendos)

El Contratante y el Asegurado, en su caso, podrán o no participar de la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable, en cualquiera de las siguientes opciones, lo cual se establecerá en la carátula y en cada certificado de esta póliza:

A) Experiencia propia, cuando la Prima del Grupo Asegurado esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo. Esta opción sólo se otorgará cuando el número de Asegurados sea igual o mayor a 1,000 (un mil) al inicio de la vigencia de esta póliza.

B) Experiencia global, cuando la Prima del Grupo Asegurado no esté determinada con base en su experiencia propia.

La determinación de las utilidades en el caso de experiencia propia se realizará al finalizar la vigencia de esta póliza y en caso de experiencia global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente. Con independencia de lo anterior, en ningún caso las Utilidades podrán ser pagadas antes de finalizar la vigencia de esta póliza. **Cuando la vigencia de esta póliza sea inferior a 1 (un) año, no se otorgarán utilidades.**

Capítulo III Coberturas adicionales

Durante la vigencia de ésta póliza, los miembros del Grupo Asegurado podrán complementar su protección a través de las siguientes coberturas adicionales, las cuales operarán únicamente si se han contratado y en la carátula de esta póliza se indica la leyenda correspondiente.

Coberturas adicionales de Accidente

- **MA** Pago de la suma asegurada por muerte accidental.
- **MAC** Pago de la suma asegurada por muerte accidental colectiva.
- **MAPM** Pago de la suma asegurada por muerte accidental o pérdida de miembros.
- **MAPMC** Pago de la suma asegurada por muerte accidental o pérdida de miembros colectiva.
- **PM** Pago de la suma asegurada por pérdida de miembros.

Coberturas adicionales de Invalidez Total y Permanente

- **BEPP** Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.
- **BEPPA** Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente ajustable.
- **BITP** Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
- **BITPA** Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Otra cobertura adicional

- **SEVI** Pago de la suma asegurada por Enfermedad grave.

Estas coberturas podrán ser contratadas en forma adicional mediante la obligación del pago de la(s) Prima(s) adicional(es) correspondiente(s) que deberá(n) ser cubierta(s) junto con la Prima de la cobertura básica y se calcularán con base en la edad cumplida del Asegurado considerando el descuento señalados en el numeral 1.11.1. Descuento de mujeres, de estas condiciones generales.

3.1 Definiciones

Es importante que se lean detalladamente las siguientes definiciones que se aplicarán a la(s) cobertura(s) adicional(es) contratada(s), según corresponda:

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales, siempre que estas ocurran dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzcan su muerte, y esta ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a tal acontecimiento.

Accidente Cubierto

Se considerará como tal, a aquel que ocurra dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual del Asegurado afectado.

Enfermedad

Es toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de este contrato, sólo las Enfermedades que se manifiesten 30 (treinta) días naturales después

de la fecha de inicio de vigencia de cada cobertura adicional indicada en cada certificado individual y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad Preexistente

Aquella Enfermedad que previamente a la celebración de este contrato:

a) Se haya declarado su existencia, o

b) Que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o

c) Que el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por una Enfermedad Preexistente cuando cuente con cualquiera de las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho algún gasto para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

Si el Asegurado se sometió a examen médico a solicitud de la Compañía, ésta no podrá aplicarle las disposiciones relativas a las Enfermedades Preexistentes respecto de las Enfermedades relativas al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticadas en el citado examen.

Invalidez Total y Permanente

Es cualquier lesión corporal a causa de un Accidente o una Enfermedad cubiertos, que se presente durante la vigencia de la cobertura adicional contratada, que imposibilite permanentemente al Asegurado afectado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades, físicas o intelectuales, del que pueda obtener alguna remuneración y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor a 6 (seis) meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la Invalidez Total y Permanente por una institución o médico, con cédula profesional y certificación de especialidad en la materia.

En el caso de Invalidez Total y Permanente, se entenderá como tal si ésta se presenta dentro de los 180 (ciento ochenta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente Cubierto y como consecuencia del mismo.

Independientemente de lo anterior, se considerarán como Invalidez Total y Permanente y no se tomará en cuenta el período a que se refiere la primera parte de este párrafo, lo siguiente:

a) la pérdida completa y definitiva de la vista en ambos ojos,

b) la amputación o anquilosis total de ambas manos,

c) la amputación o anquilosis total de ambos pies,

d) la amputación o anquilosis total de una mano y un pie,

e) la amputación o anquilosis total de una mano y la vista de un ojo, y

f) la amputación o anquilosis total de un pie y la vista de un ojo.

Cuando la Enfermedad o Accidente Cubierto que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrieron, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

Pérdidas Orgánicas

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de 2 (dos) falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

3.2 Coberturas adicionales por Accidente

Los límites de edad para contratar estas coberturas adicionales son de 12 (doce) a 70 (setenta) años.

3.2.1 MA Pago de la suma asegurada por muerte accidental

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a su(s) beneficiario(s) la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional para dicho Asegurado.

3.2.2 MAC Pago de la suma asegurada por muerte accidental colectiva

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un Accidente Cubierto se presenta el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a su(s) beneficiario(s) la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional que corresponda al Asegurado fallecido o bien pagará el doble de la suma asegurada para esta cobertura adicional si el fallecimiento del Asegurado ocurriera:

a) Mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, o

b) Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público **(exceptuando minas)**, o

c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

3.2.3 MAPM Pago de la suma asegurada por muerte accidental o pérdida de miembros

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a su(s) beneficiario(s) la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional o bien si a causa de un Accidente Cubierto el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus miembros, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la tabla de Pérdidas Orgánicas.

3.2.4 MAPMC Pago de la suma asegurada por muerte accidental o pérdida de miembros colectiva

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a su(s) beneficiario(s) la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional que corresponda a dicho Asegurado o bien si a causa de un Accidente Cubierto el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus miembros, la Compañía le pagará el porcentaje de suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la tabla de Pérdidas Orgánicas.

O bien, la Compañía pagará el doble de la suma asegurada de esta cobertura adicional si el fallecimiento o la pérdida de miembros del Asegurado ocurrieran:

a) Mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, operado regularmente por una empresa de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares, o

b) Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público **(exceptuando minas)**, o

c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en donde se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

3.2.5 PM Pago de la suma asegurada por pérdida de miembros

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional a causa de un Accidente Cubierto el Asegurado sufriera la pérdida de uno de sus miembros, la Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la tabla de Pérdidas Orgánicas.

3.2.5.1 Tabla de Pérdidas Orgánicas

Sí a causa de un Accidente Cubierto el Asegurado perdiera alguno de sus miembros, la Compañía le pagará el porcentaje de suma asegurada que

le corresponda de acuerdo a la siguiente Tabla de Perdidas Orgánicas.

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

3.2.6 Exclusiones

Estas coberturas adicionales no surtirán efecto en aquellos casos en que la muerte o pérdida de miembros sobrevenga como consecuencia de:

a) Intento de suicidio o suicidio

b) Lesiones que se cause el Asegurado deliberadamente.

c) Lesiones que se cause el Asegurado por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción. Se considerará que se encuentra bajo los efectos del alcohol cuando el grado de alcoholemia supere los 0.4 mg por cada 1,000 mililitros de sangre.

d) Homicidio intencional en riña, siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.

e) Riña, siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.

f) Lesiones derivadas de Su participación directa en actos delictuosos intencionales.

g) Un estado de revolución o de guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo en los que el Asegurado participe.

h) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.

i) Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.

j) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.

k) Lesiones que sufra el Asegurado cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

l) La participación en eventos de buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.

3.3 Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente

Los límites de edad para contratar estas coberturas adicionales son de 12 (doce) a 60 (sesenta) años.

En caso de que la Aseguradora determine la improcedencia de la reclamación de estas coberturas adicionales, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

3.3.1 BEPP Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Si durante el plazo de pago de Primas del plan del seguro contratado (cobertura básica) y antes del aniversario del correspondiente certificado individual inmediato posterior en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, sufriera una Invalidez Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad cubiertos, la Compañía eximirá del pago de la Prima correspondiente a dicho plan, a partir de la Prima que venza después de la fecha en que se le diagnostique su estado de Invalidez Total y Permanente. La suma asegurada del Plan del Seguro siempre se mantendrá fija.

La exención de pago de Primas no aplicará a ninguna de las coberturas adicionales contratadas.

3.3.2 BEPPA Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente ajustable

Si durante el plazo de pago de Primas del plan del seguro contratado (cobertura básica) y antes del aniversario del correspondiente certificado individual inmediato posterior en que el Asegurado cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años, se Invalidara Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad cubiertos, la Compañía eximirá del pago de la Prima correspondiente a dicho plan, durante el tiempo que subsista la Invalidez Total y Permanente, a partir de la Prima que venza después de la fecha en que se le diagnostique su estado de Invalidez Total y Permanente.

La suma asegurada del plan del seguro (cobertura básica) se ajustará anualmente de acuerdo a las variaciones del Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) que publique el InstitutoNacional de Estadística y Geografía. Esta actualización se llevará a cabo a partir del aniversario inmediato posterior en que se diagnostique el estado de Invalidez Total y Permanente y hasta el último aniversario previo al fallecimiento del Asegurado o vencimiento del plan del seguro. Si la publicación del I.N.P.C. es discontinuada, aplazada o si por alguna otra causa no está disponible para este uso, se tomarán como base los índices que con carácter general se den a conocer por las autoridades.

La exención de pago de Primas no aplicará a ninguna de las coberturas adicionales contratadas.

3.3.3 BITP Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional el Asegurado se Invalidara Total y Permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad cubiertos, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda a dicha cobertura adicional, indicada en el correspondiente certificado individual.

3.3.4 BITPA Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional el Asegurado se Invalidara Total y Permanentemente a causa de un Accidente Cubierto, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada que corresponda a dicha cobertura adicional, indicada en el correspondiente certificado individual.

3.3.5 Pruebas para comprobar la invalidez

Al solicitar el otorgamiento de alguna de las coberturas de Invalidez Total y Permanente, elAsegurado o el beneficiario deberán presentar, a su costa, pruebas de su estado de Invalidez Total y Permanente, mismas que deberán ser confirmadas por un médico especialista en la materia nombrado por la Compañía.

Cuando la Compañía lo estime necesario, podrá exigir que se le compruebe a su costa, el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado mediante una revisión del estado físico y mental del Asegurado afectado a través de un médico especialista en la materia, así como, examinarlo durante el tiempo en que se encuentre gozando de los beneficios que brindan estas Coberturas Adicionales. En caso de que el Asegurado afectado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le imponen las presentes coberturas.

3.3.6 Cancelación automática.

Estas Coberturas Adicionales de Invalidez Total y Permanente terminarán sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de alguna declaración expresa, hasta el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años o cuando expire el plazo de las mismas o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar el Plan del Seguro (cobertura básica), lo que ocurra primero.

En caso de que el Asegurado afectado se hubiere Invalidado Total y Permanentemente y la Compañía hubiere otorgado alguna Cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, si éste se negase a ser examinado o la Compañía comprobase que se está dedicado al desempeño de la actividad que desarrollaba en el momento de presentarse la invalidez o a alguna otra que le produzca una remuneración, o utilidad equivalente a aquella, cesarán los beneficios otorgados por dicha

cobertura y se reanudará la obligación de efectuar el pago de Primas del certificado individual a partir de la que venza inmediatamente después de que ocurra cualquiera de los hechos anteriores.

3.3.7 Exclusiones

Estas coberturas adicionales de Invalidez Total y Permanente no surtirán efecto en aquellos casos en que la invalidez haya sido provocada por:

a) Lesiones que se cause el Asegurado deliberadamente.

b) Lesiones que se cause el Asegurado por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol, de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción. Se considerará que se encuentra bajo los efectos del alcohol cuando el grado de alcoholemia supere los 0.4 mg por cada 1,000 mililitros de sangre.

c) Riña, siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.

d) Lesiones derivadas de Su participación directa en actos delictuosos intencionales.

e) Uso de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.

f) Un estado de revolución o de guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo en los que el Asegurado participe.

g) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.

h) Trastornos por enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus formas clínicas y su origen.

i) Cualquier enfermedad que se produzca a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

j) Vuelos efectuados en aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.

k) Lesiones que sufra el Asegurado cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

l) La participación en eventos de buceo, tauromaquia, motociclismo o cualquier clase de deporte aéreo, salvo pacto en contrario.

m) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

n) En ningún caso, la cancelación de cualquier tipo de licencias o permisos expedidos para el ejercicio de una actividad o profesión, se considerará como invalidez.

Estas coberturas tampoco surtirán efecto:

a) Cuando el estado de invalidez haya sido originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de cualquiera de las coberturas adicionales de invalidez.

b) Si previamente a la contratación de cualquiera de las coberturas adicionales de invalidez, contara con un padecimiento y/o Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado y éste provocara el estado de Invalidez Total y Permanente.

3.4 Otra cobertura adicional

3.4.1 Pago de la suma asegurada por Enfermedad grave (SEVI)

Los límites de edad para contratar esta cobertura adicional son de 12 (doce) a 55 (cincuenta y cinco) años.

En caso de que al Asegurado se le diagnostique

alguna de las 7 (siete) Enfermedades graves que se enuncian más adelante, la Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional en una sola exhibición, al tener en su poder las pruebas del diagnóstico de la Enfermedad.

El diagnóstico deberá ser de forma definitiva expedido por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

La Compañía, cuando lo estime necesario, podrá exigir se le pruebe a su costa el diagnóstico presentado, solicitándole al Asegurado afectado se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere necesarias. En caso de que el Asegurado afectado se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

El Asegurado deberá presentar a la Compañía una declaración del médico o médicos que lo hayan atendido, así como todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades estipuladas, inmediatamente después de conocerlo.

Esta cobertura terminará para cada Asegurado, sin obligación posterior para la Compañía y sin necesidad de declaración expresa, en el aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad o cuando la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por ocurrencia del siniestro, o bien, al terminar la cobertura del Plan del Seguro, lo que ocurra primero.

Las enfermedades cubiertas son:

- Infarto al Miocardio
- Cáncer
- Enfermedad Cerebro Vascular
- Afección de las arterias coronarias que requieran de cirugía de bypass
- Insuficiencia Renal
- Trasplante de Órganos Vitales
- Parálisis/Paraplejía

Las enfermedades cubiertas deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

Infarto al Miocardio

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva por una obstrucción de las arterias coronarias. Para efectos de esta cobertura, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardiaca, insuficiencia cardiaca, bloqueos cardiacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia.

Cáncer

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y hacer metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma maligno, por lo que los demás cánceres de piel quedan excluidos.** El diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

Enfermedad Cerebro Vascular

Una enfermedad o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de 2 (dos) o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arteriocoronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición.**

Insuficiencia Renal

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones

que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

Trasplante de Órganos Vitales

La realización de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, **pero no en calidad de donador.**

Parálisis/Paraplejía

La pérdida total del uso de 2 (dos) o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

El pago de la suma asegurada será otorgado solamente una vez, por lo que ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad o cualesquiera de las otras enfermedades antes indicadas que sea detectada.

3.4.2 Exclusiones

La cobertura adicional por Enfermedades graves no surtirá efecto en aquellos casos en que los padecimientos de las enfermedades especificadas hayan sido provocadas por:

a) Lesiones que deliberadamente se cause el Asegurado o bien por culpa grave como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de estupefacientes o sustancias psicotrópicas, no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción. Se considerará que se encuentra bajo los efectos del alcohol cuando el grado de alcoholemia supere los 0.4 mg por cada 1,000 mililitros de sangre.

b) Padecimientos congénitos.

c) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.

d) Riña siempre que el Asegurado sido el provocador.

e) Lesiones derivadas de Su participación directa en actos delictuosos intencionales.

f) Un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo en los que el Asegurado participe.

g) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.

h) Enfermedades Preexistentes.

i) Padecimientos derivados de intento de suicidio.

También quedan excluidas de esta cobertura adicional todas las enfermedades que no sean alguna de las 7 (siete) que se citan en la cláusula

3.4.1 "Enfermedades graves (SEVI)" de esta póliza.

3.4.2.1 Arbitraje médico

En caso de controversia respecto a si una Enfermedad es Preexistente o no, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser perito médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser perito médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciere cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciere

falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si el Asegurado optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables al Asegurado no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que ha aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de una Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no de la Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

Capítulo IV Beneficiarios y pago de sumas aseguradas

4.1. Beneficiarios

En cualquier momento el Asegurado podrá designar o cambiar beneficiarios libremente a los que haya designado, siempre que no exista restricción legal en contrario. Para efectuar dicha designación o cambio deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de los identificaciones del Asegurado y del (de los) beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) beneficiario(s). En caso de que la notificación no se reciba oportunamente la Compañía pagará al (a los) último(s) beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá en porciones iguales entre los beneficiarios supervivientes, salvo indicación en contrario por parte del Asegurado.

Cuando no exista beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, en caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y este muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiese designación de nuevo beneficiario, salvo estipulación en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El Contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea:

I. Garantizar créditos concedidos por éste, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el seguro de grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente, sin exceder de la suma asegurada convenida. En caso de que la suma asegurada convenida exceda el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados distintos al Contratante;

II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o

III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Cuando en esta póliza se contrate para garantizar créditos concedidos por el Contratante para que le sea cubierto el saldo insoluto del crédito al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total permanente de los acreditados Asegurados, se deberá observar lo siguiente:

a) Que la designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

b) Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado Asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda.

Cuando la suma asegurada sea una cantidad equivalente al saldo insoluto del crédito, sin fijar una cantidad líquida, se deberá observar lo siguiente:

i. El acreditado Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Aseguradora pague al (a los) acreditante(s) beneficiario(s) del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios;

ii. La Aseguradora se obliga a notificar al acreditado Asegurado y a su(s) beneficiario(s), según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al (a los) acreditante(s) beneficiario(s) del seguro el importe del saldo insoluto;

iii. El acreditado Asegurado o su(s) beneficiario(s) debe(n) informar su(s) domicilio(s) a la Aseguradora para que ésta llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente.

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

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

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

4.2. Pago de la suma asegurada

La suma asegurada correspondiente al fallecimiento del Asegurado se pagará a su(s) beneficiario(s), dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que la Compañía reciba los documentos e informaciones que prueben su fallecimiento y que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. El (Los) beneficiario(s) designado(s) tendrá(n) acción directa para cobrar a la Compañía las sumas aseguradas que les correspondan.

Las sumas aseguradas de las coberturas adicionales por Accidente serán pagadas al Asegurado o bien a su(s) beneficiario(s), según se haya establecido. En caso de las coberturas de pérdidas de miembros, si son varias las pérdidas de miembros acaecidas a causa de uno o varios accidentes, la Compañía pagará las indemnizaciones respectivas, pero en total éstas no podrán exceder de la suma asegurada contratada de la cobertura afectada.

Las sumas aseguradas de las coberturas adicionales de Invalidez Total y Permanente y Enfermedades graves se pagarán al Asegurado o bien a su(s) beneficiario(s), en caso de así haberlo estipulado.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno y en otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

4.3. Pago inmediato de gastos finales

El Asegurado podrá informar a su(s) beneficiario(s) que utilicen esta cláusula, por medio de la cual, la Compañía pagará inmediatamente siempre y cuando haya transcurrido el período de disputabilidad señalado en la cláusula 1.14. Disputabilidad, al ocurrir su fallecimiento, el importe mencionado en los certificados individuales, en caso de existir tal mención o el 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada del plan de seguro (cobertura básica) con máximo del equivalente a 40 (cuarenta) meses de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México a la fecha del siniestro, considerando todas las pólizas y certificados expedidos por la Compañía a favor del Asegurado y que al momento del fallecimiento se encuentren en vigor.

El importe de esta cláusula se cubrirá al beneficiario que presente la copia certificada del acta de defunción del Asegurado, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

En caso de aplicación de esta cláusula, la Compañía

descontará de la liquidación final del seguro, el pago efectuado.

"Le recordamos que Nuestro Aviso de Privacidad está a Su disposición en www.inbursa.com"

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con la app Inbursa Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y en www.gob.mx/condusef

Capítulo V Glosario de artículos

Ley sobre el Contrato de Seguro.

"Artículo 8°.– El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."

"Artículo 9°.– Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."

"Artículo 10.– Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario."

"Artículo 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 45.– El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos; el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos."

"Artículo 47.– Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."

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

"Artículo 53.– Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro."

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

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

"Artículo 176.– El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible."

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

"Artículo 7.– Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza."

"Artículo 8.– El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:

a) **Experiencia Propia,** cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

   Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

   Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y

b) **Experiencia Global,** cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;

II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;

III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

   Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;

b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y

c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

   El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;

VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;

VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y

IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual."

"Artículo 23.– En aquellos casos en donde la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Aseguradora tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en este Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento."

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

"Artículo 102.– En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo."

"Artículo 103.– La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:

I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:

a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y

b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y

II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:

a) Establecerán los casos en que los empleados o

apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y

b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas."

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

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

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

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

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

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

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

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

por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

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

"Artículo 277.– En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin

responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de

seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

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

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

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de éste 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.

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.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

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.

   IBis. 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."

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros

"Trigésima Novena. Para efectos de determinar

aquellas Operaciones que sean Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán considerar, entre otras, las siguientes circunstancias, con independencia de que se presenten en forma aislada o conjunta:

I a IX…

X. Cuando las Operaciones que los Clientes pretendan realizar involucren países o jurisdicciones:

a) Que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes, o

b) Que, a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones, o bien, cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, la Secretaría pondrá a disposición de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a través de medios de consulta en la red mundial denominada Internet, la lista de los países y jurisdicciones que se ubiquen en los supuestos señalados en dicho párrafo;

XI…"

"Cuadragésima Cuarta. Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá contar con un órgano colegiado que se denominará "Comité de Comunicación y Control" y que tendrá, cuando menos, las siguientes funciones y obligaciones:

I a VI…

VII. Asegurarse que los sistemas automatizados de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, contengan las listas:

a) De países o jurisdicciones que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.

b) De países o jurisdicciones, que a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o de financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones o bien cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

c) Que bajo el rubro de "Lista de Personas Bloqueadas", proporcione la Secretaría

d) De Personas Políticamente Expuestas que las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deben elaborar, conforme a la Disposición Septuagésima Séptima;

VIII…"

"Septuagésima Séptima. La Secretaría, después de escuchar la opinión de la Comisión, dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de manera enunciativa, la lista de cargos públicos que serán considerados como Personas Políticamente Expuestas nacionales y la pondrá a disposición de las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a través de su portal en la red mundial denominada Internet.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros elaborarán sus propias listas de personas que pudiesen ser considerados como Personas Políticamente Expuestas, tomando como base la lista a que hace referencia el párrafo anterior.

Asimismo, la Secretaría dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros las listas oficialmente reconocidas que emitan organismos internacionales o autoridades de otros países, de personas bloqueadas por estar vinculadas con el terrorismo o su financiamiento, o con otras actividades ilegales."

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 participe 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 Bis.– (Se deroga)."

"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 concurran 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."

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de enero de 2021 con el número CNSF-S0022-0623-2020; a partir del 26 de febrero de 2021 con el número RESP S0022-0009-2021, a partir del 8 de abril de 2021 con el número CNSF-S0022-0052-2021 y a partir del 29 de julio de 2025 con el número MODI-S0022-0010-2025 / CONDUSEF-005552-02 y 005604-01.