



ABA | Seguro
Accidentes
y Salud

de Chubb Seguros México, S.A.

**Seguro de Accidentes Personales
Individual**

Contenido

Cláusula 1ª. Definiciones	4
Cláusula 2ª. Coberturas Contratadas	8
Cláusula 3ª. Exclusiones	14
Cláusula 4ª. Edad	15
Cláusula 5ª. Límite de Responsabilidad	15
Cláusula 6ª. Deducible	16
Cláusula 7ª. Reglas sobre Notificación y Comunicación	16
Cláusula 8ª. Terminación Anticipada del Contrato	16
Cláusula 9ª. Cancelación del Contrato	16
Cláusula 10ª. Renovación	17
Cláusula 11ª. Títulos y Definiciones	17
Cláusula 12ª. Pago de Primas	17
Cláusula 13ª. Agravación del Riesgo	18
Cláusula 14ª. Moneda	19
Cláusula 15ª. Competencia	19
Cláusula 16ª. Prescripción	20
Cláusula 17ª. Comisiones y Compensaciones a Intermediarios Personas Morales	20
Cláusula 18ª. Artículo 25 de la Ley del Contrato de Seguro	20
Cláusula 19ª. Entrega de Documentación Contractual	20
Cláusula 20ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	21
Cláusula 21ª. Indemnización por Mora	24
Cláusula 22ª. Omisiones e Inexactas Declaraciones	24
Cláusula 23ª. Vigencia del Contrato	24
Cláusula 24ª. Modificaciones	24
Cláusula 25ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	24

Glosario de Referencias Legales	26
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual vía Correo Electrónico	41
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)	42

Seguro de Accidentes Personales Individual

La veracidad, integridad y alcance de la información facilitada por el proponente (Contratante y/o Asegurado), constituyen la base esencial que ha motivado a la Compañía para la celebración del **Contrato**, la base sobre la cual se han establecido los presentes términos y condiciones y sobre los cuales se ha calculado la **prima**. Si al entregar dicha información, se hubiera incurrido en reserva, omisiones o inexactitud, se quebraría dicho equilibrio causando error y vicio en la celebración del presente **Contrato**.

Cláusula 1ª. Definiciones

Para los efectos de esta **Póliza**, independientemente de si aparecen en singular o plural, se entenderá por:

1.1 Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de ésta Póliza. No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

1.2 Aseguradora/ Compañía: Chubb Seguros México, S.A.

1.3 Asegurado(s): Es la persona física designada con tal carácter en la Carátula de Póliza y que ha quedado protegida bajo los términos de ésta Póliza. Bajo éste **Contrato** quedará amparado el Asegurado y de estar expresamente asentado en la Carátula de Póliza, el Cónyuge, Concubina (o) y/o Conviviente del mismo. El cónyuge, concubinario o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o resolución que decrete el concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia).

1.4 Aviso de Siniestro: Es la comunicación a la Compañía de la ocurrencia del evento cubierto por este Seguro, conforme previsto en la Carátula de Póliza, o Contrato.

1.5 Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro. Para las coberturas de Fractura de Huesos, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización diaria por Hospitalización por Enfermedad, el Beneficiario será el propio Asegurado.

Para la Cobertura de Muerte Accidental:

El Asegurado tiene derecho a designar libremente a sus Beneficiarios y podrá cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Compañía.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, queda liberada de toda responsabilidad. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

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 solo 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.

En caso de que los Beneficiarios no se encuentren designados e indicados en la Carátula de Póliza, la designación será de acuerdo a la siguiente tabla:

- En primer lugar al Cónyuge, concubina (o) y/o conviviente del Asegurado;
- En caso de ausencia de los anteriores, corresponderá a los hijos del Asegurado en partes iguales;
- En caso de ausencia de los anteriores, corresponderá a los Padres del Asegurado por partes iguales;
- En caso de no existir ninguno de los anteriores, será de acuerdo a la designación del juicio de sucesión intestamentaria.

La misma regla se observa cuando el Beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Para la cobertura de Gastos Funerarios por Accidente, el Beneficiario será la primera persona que compruebe a la Compañía, a través de facturas y cualquier comprobante fiscal, que realizó gastos funerarios en relación con el fallecimiento del Asegurado.

1.6 Condición Médica: Cualquier enfermedad o lesión que este Contrato no excluya.

1.7 Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas contractuales que establecen derechos y obligaciones para la Compañía, el Asegurado y los Beneficiarios de este seguro.

1.8 Contratante: Es la persona que aparece con tal carácter en la Carátula de Póliza y quien es responsable ante la Compañía de realizar el pago de la prima de este seguro.

1.9 Contrato o Póliza: Documentos en los que constan los derechos y obligaciones de las partes Contratantes, integrado por el formulario, la solicitud, la carátula, las condiciones generales y el folleto de los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios.

1.10 Cuerpo Vertebral: Porción más voluminosa de la vértebra, la que contribuye en primer término a dar a la columna vertebral su solidez y resistencia.

1.11 Deducible: Significa la cantidad establecida en la carátula de la Póliza, con la cual el Asegurado participa de los gastos generados por cada evento cubierto y procedente.

1.12 Día de Hospitalización: Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el **Asegurado** se encuentre internado en un Hospital.

1.13 Diagnóstico: Es la calificación que un Médico Especialista realiza de la enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de la enfermedad, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.

1.14 Evento Cubierto: Es el acontecimiento futuro e incierto, de naturaleza súbita, involuntaria e imprevisible, amparado en el Contrato de Seguro y ocurrido durante la vigencia del mismo.

1.15 Enfermedad: Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado. La Enfermedad será cubierta en términos de este seguro siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea dentro de la vigencia de este contrato.

1.16 Enfermedades o Padecimientos Preexistentes: Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Existan pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate; la Compañía podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, La Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al **Asegurado** que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se le haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado.

En el caso de que el **Asegurado** manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, La Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la Compañía, para someterse a un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje se establecerá por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

1.17 Especialista: Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza.

1.18 Fecha de Inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

1.19 Fecha de Renovación: La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para esta Póliza en la fecha de renovación respectiva.

1.20 Fractura de Huesos: Para los efectos de éste **Contrato** se entenderá por fractura de huesos a la lesión de cualquiera de los huesos señalados en el Módulo correspondiente. La indemnización solo será aplicable en caso de que el Asegurado sufra Fractura de uno o más de los huesos.

1.21 Hospital: Es el establecimiento legalmente habilitado y constituido, debidamente instalado y equipado para dar tratamiento médico, clínico y/o quirúrgico a sus pacientes. No se entiende como Hospital las clínicas de reposos o casas de convalecencia para ancianos, o aquellos locales que funcionen como centro para tratamiento de drogas y/o alcohol.

1.22 Indemnización: Es el importe de la Suma Asegurada que La Compañía está obligada a pagar al Asegurado o a sus Beneficiarios como consecuencia de un evento cubierto por este seguro.

1.23 Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida total de facultades o aptitudes del Asegurado, cuyo origen sea derivado de un accidente cubierto por este contrato, que lo imposibiliten, a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual durante un periodo continuo de seis (6) meses.

No se considerará Invalidez Total y Permanente si el Asegurado llegare a recibir una remuneración superior al 50% de su ingreso comprobable, percibido de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente sin que opere el periodo continuo de seis (6) meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos;
- La pérdida de ambas manos o ambos pies;
- La pérdida de una mano un pie y;
- La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un Médico especialista debidamente sustentada.

Aunque el accidente que provoque el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los seis (6) meses posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

1.24 Límite de Responsabilidad o Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad de La Compañía al amparo de este Contrato.

La Compañía sólo pagará los siniestros que se encuentren cubiertos conforme a estas condiciones hasta el límite de la **Suma Asegurada** o **Límite Responsabilidad** señalado en la carátula de esta **Póliza**.

1.25 Médico: Persona que ejerce la medicina, Titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. **No podrá ser familiar o pariente consanguíneo en línea directa y hasta el segundo grado, ni cónyuge, concubina(o) o conviviente de los Asegurados de éste seguro.**

1.26 Osteoporosis: Enfermedad que afecta a los huesos y está provocada por la disminución de la masa ósea que lo forma.

1.27 Pérdida Orgánica: Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien, su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista del ojo que se pierde. La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos. **Si en la fecha del accidente cubierto, el Asegurado ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo este contrato.**

1.28 Periodo de Espera: Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios amparados por ciertas coberturas.

En caso de ser aplicable el Periodo de Espera, se especificará en la carátula de Póliza por cada cobertura. Asimismo, el número de días de Periodo de Espera aplicables por cada cobertura será el señalado en la carátula de Póliza. El periodo de espera no aplicará en caso de Accidentes.

1.29 Siniestro: Realización del evento Asegurado cubierto por el Contrato de Seguro.

1.30 Vigencia: Es el periodo de tiempo estipulado en la Carátula de Póliza, durante el cual se encuentran cubiertos los riesgos en ella establecidos.

Cláusula 2ª. Coberturas Contratadas

Este seguro está conformado por siete módulos, cada uno integrado por cualquiera de las coberturas que se detallan más adelante.

Los módulos están integrados por las siguientes coberturas:

Módulos	Cobertura
Módulo 1	Fractura de Huesos
Módulo 2	Muerte Accidental
Módulo 3	Gastos Funerarios por Accidente
Módulo 4	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente
Módulo 5	Invalidez Total y Permanente por Accidente
Módulo 6	Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente
Módulo 7	Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

Nota:

El Módulos 6.- Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y Módulo 7.- Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad son excluyentes **por lo que no podrán contratarse juntos, el Asegurado y/o Contratante sólo podrá elegir uno u otro y combinarlo con cualquiera de los otros módulos.**

Salvo lo estipulado en el párrafo anterior, El Contratante y/o Asegurado podrán contratar uno o más de los módulos arriba señalados, los cuales estarán determinados como amparados en la Carátula de Póliza, además en dicho documento se determinará el Límite de la Suma Asegurada por cada módulo, el deducible, y periodo de espera aplicable a cada uno.

Módulo 1. Fractura de Huesos

Si durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto el Asegurado tuviera lesiones corporales que resulten en la fractura de algún Hueso, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, estipulada en la carátula de Póliza. En caso de fracturas múltiples de un mismo Hueso, como resultado del mismo accidente, el beneficio se aplicará solo una vez a cada Hueso fracturado.

El Contratante podrá elegir las secciones que integren la Cobertura de Fractura de Huesos. Estas secciones especifican el detalle de huesos amparados en ésta cobertura, y se deberá de especificar en la Carátula de Póliza la(s) sección(es) contratadas.

a) Sección I:

- Peroné;
- Huesos de la mano: únicamente carpo y metacarpo, **excluyendo falanges;**
- Huesos del pie: únicamente metatarsianos, **excluyendo falanges;**
- Coxis;
- Una Costilla; y
- Huesos propios de la nariz, **excluyendo cartílagos.**

b) Sección II:

- Vértebra, **excluyendo cuerpo vertebral;**
- Tibia;
- Mandíbula inferior;
- Esternón;
- Dos o más costillas;
- Clavícula;
- Omóplato;
- Rótula;
- Tarsianos;
- Húmero;
- Radio y cúbito; y
- Huesos del Carpo.

c) Sección III:

- Fémur;
- Cuerpo vertebral **a excepción del Coxis;**
- Pelvis; y
- Cráneo (incluidos los huesos faciales), **excluyendo la Mandíbula inferior**

Exclusiones Aplicables a esta Cobertura

La cobertura mencionada en éste módulo, para este seguro, no ampara la Fractura de Huesos que derive de lo siguiente:

- A. Fractura de Huesos a consecuencia de la realización de un acto ilegal por parte del Asegurado, así como cuando la fractura sea a consecuencia de riña, siempre y cuando el Asegurado lo haya provocado.**
- B. Fractura de Huesos como consecuencia de Trastorno de estrés postraumático o síndromes relacionados o cualquier condición psicológica o psiquiátrica;**
- C. Fractura de Huesos como consecuencia de Infección bacteriana o viral, excepto cuando es el resultado directo de una lesión corporal accidental;**
- D. Fractura de Huesos a causa de Osteoporosis o cáncer en los huesos;**
- E. Fractura de huesos en los dedos (falanges) de las manos y de los pies;**
- F. Cualquier fractura de hueso que no se encuentre descrito en la lista de huesos expresamente amparados por esta cobertura.**
- G. Fractura de huesos como consecuencia de cualquier enfermedad preexistente.**

Módulo 2. Muerte Accidental

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

Módulo 3. Gastos Funerarios por Accidente

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, los gastos funerarios en que incurra la primer persona que compruebe, a través de facturas y cualquier comprobante fiscal, que realizó los gastos funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente cubierto, siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente y la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

Módulo 4.- Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los gastos mencionados, hasta el límite de la Suma Asegurada, contratada para éste módulo, previa comprobación de dichos gastos.

Para esta cobertura aplicará el pago de un Deducible, según lo especificado en la carátula de la Póliza.

El reembolso de gastos médicos tendrá las limitaciones siguientes:

- a) Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase, y tratamientos de ortodoncia se cubren hasta el límite del quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada contratada para éste módulo.
- b) Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta un máximo del cinco por ciento (5%) de la Suma Asegurada contratada para éste módulo.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados, disminuyen en la misma cantidad la Suma Asegurada de este módulo.

No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una Institución Hospitalaria.

La Compañía tan sólo cubrirá los honorarios de médicos y enfermeras graduadas y oficialmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura serán las que se estipulen en la carátula de la Póliza.

Límite de Pago de Siniestros

La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de los siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- El agotamiento de la Suma Asegurada;
- El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, que para efectos de este seguro será de trescientos sesenta y cinco (365) días terminada la vigencia de la Póliza, o
- La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de La Compañía

En caso de duda en cuanto al reconocimiento de la procedencia del gasto médico realizado, La Compañía podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del Siniestro.

- El Asegurado deberá autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia Médico-Hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de La Compañía, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante.
- Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de La Compañía.

Otros Seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en ésta u otras Aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a La Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

Módulo 5. Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufre un estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Asegurado deberá presentar a La Compañía, además de lo establecido en el apartado de Pruebas en la cláusula de **Procedimiento en caso de siniestro para el pago de la Indemnización**, el dictamen de Invalidez Total y Permanente por Accidente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y

documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente por Accidente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, La Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser evaluado por el médico especialista certificado, prevalecerá la opinión del médico dictaminador designado por la Compañía.

No se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior a la contratación de la Póliza.

Módulo 6. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto cuando el internamiento deba ser medicamente necesario y acorde a las lesiones sufridas y hasta el número de días estipulados en la Carátula de Póliza. Esta cobertura se activará y solo aplicará una vez transcurrido el periodo de tiempo establecido en la carátula de la Póliza, por lo cual el Asegurado deberá encontrarse hospitalizado previa e ininterrumpidamente durante el lapso estipulado en la carátula de la Póliza, para tener derecho a esta cobertura.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, como máximo hasta el número de días señalados en la Carátula de Póliza.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la Carátula de Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados, cuando ocurra primero cualquiera de los dos supuestos siguientes:

- a) Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de Póliza, o
- b) Hasta transcurridos los Días de Hospitalización estipulados en la carátula de póliza.

En caso de ocurrir días de hospitalización sucesivos (con diferencia menor a 72 horas.), como consecuencia del mismo Accidente, serán considerados como continuación de los días anteriores, a efecto de considerar el número de días de hospitalización y número de eventos para esta cobertura.

Nota:

La Cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente no podrá contratarse de forma conjunta con la Cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad el Asegurado y/o Contratante sólo podrá elegir uno u otro y combinarlo con cualquiera de los otros módulos descritos en el presente Contrato de Seguro.

Módulo 7. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

1. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto cuando el internamiento deba ser medicamente necesario y acorde a las

lesiones sufridas y hasta el número de días estipulados en la Carátula de Póliza. Esta cobertura se activará y solo aplicará una vez transcurrido el periodo de tiempo establecido en la carátula de la Póliza, por lo cual, el Asegurado deberá encontrarse hospitalizado previa e ininterrumpidamente durante el lapso estipulado en la carátula de la Póliza, para tener derecho a esta cobertura.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo hasta el número de días señalados en la Carátula de Póliza.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados, cuando ocurra primero cualquiera de los dos supuestos siguientes:

- a) Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- b) Hasta transcurridos los Días de Hospitalización estipulados en la Carátula de Póliza.

En caso de ocurrir días de hospitalización sucesivos (con diferencia menor a 72 horas), como consecuencia del mismo Accidente, serán considerados como continuación de los días anteriores, a efecto de considerar el número de días de hospitalización y el número de eventos para esta cobertura.

2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad cuando el internamiento deba ser medicamente necesario y acorde a la Enfermedad cubierta y hasta el número de días estipulados en la Carátula de Póliza. Esta cobertura se activará y solo aplicará siempre que haya transcurrido el Periodo de Espera establecido en la carátula de Póliza. Transcurrido el Periodo de Espera aplicable, el Asegurado deberá encontrarse hospitalizado previa e ininterrumpidamente durante el lapso estipulado en la carátula de la Póliza, para tener derecho a esta cobertura.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo hasta el número de días señalados en la Carátula de Póliza.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados, cuando ocurra primero cualquiera de los dos supuestos siguientes:

- a) Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- b) Hasta transcurridos los Días de Hospitalización estipulados en la carátula de la póliza.

En caso de ocurrir días de hospitalización sucesivos (con diferencia menor a 72 horas), como consecuencia de una misma Enfermedad, serán considerados como continuación de los anteriores, a efecto de considerar el número de días de hospitalización y número de eventos para esta cobertura.

Nota:

La cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente no podrá contratarse de forma conjunta con las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad, el Asegurado y/o Contratante sólo podrá elegir una de ellas y combinarla con cualquiera de los otros módulos descritos en el presente Contrato de Seguro.

Cláusula 3ª. Exclusiones

Exclusiones Aplicables a Estas Coberturas

Las coberturas mencionadas para este seguro, no amparan Fractura de Huesos, Muerte Accidental, Gastos Funerarios por Accidente, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad que derive de lo siguiente:

- A. **SIDA y VIH:** cualquier Fractura de Huesos, Muerte Accidental, Gastos Funerarios por Accidente, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad por Accidente que se relacione, directamente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- B. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara Fractura de Huesos, Muerte Accidental, Gastos Funerarios por Accidente, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad por Accidente derivada de accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - I. Aviación privada, en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - II. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - III. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - IV. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- C. **Alcohol y drogas:** cualquier Fractura de Huesos, Muerte Accidental, Gastos Funerarios por Accidente, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad originado por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes.
- D. **Maternidad y sus complicaciones,** siempre y cuando no sean consecuencia de un Accidente Cubierto.
- E. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones,** siempre y cuando no sean consecuencia del Accidente Cubierto.
- F. **Condiciones o padecimientos preexistentes.**
- G. **Carreras:** por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
- H. **Intento de suicidio o mutilación voluntaria,** aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- I. **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- J. **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- K. **Riña siempre y cuando el Asegurado sea quien lo haya provocado.**

Cláusula 4ª. Edad

Se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida a la fecha de inicio de vigencia del seguro y las subsecuentes renovaciones.

Las edades de aceptación para el presente seguro serán aquellas especificadas en la carátula de Póliza. La edad máxima de renovación será la que se especifique en la Carátula de la Póliza. La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que éste cumpla la edad máxima de renovación.

Si en el momento de celebrar este Contrato de Seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a La Compañía pruebas fehacientes de su edad, La Compañía lo anotará en la póliza o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la 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.
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiarios lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Cláusula 5ª. Límite de Responsabilidad

El **Límite de Responsabilidad** máximo de La Compañía para cada módulo contratado será el señalado en la Carátula de la **Póliza**.

Cláusula 6ª. Deducible

El **Deducible** aplicará en los casos establecidos en la carátula de la **Póliza**. El **Deducible** se descontará de la indemnización a ser pagada a favor del **Beneficiario**. En toda reclamación de cobertura en donde aplique el deducible, es necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al **Deducible** contratado.

Cláusula 7ª. Reglas Sobre Notificación y Comunicación

Los **Asegurados** deberán notificar por escrito a La Compañía acerca de cualquier **Reclamación** o circunstancia que pueda dar lugar a una indemnización, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la fecha que los haya conocido o debido conocer. En caso de incumplimiento La Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado, si el aviso se hubiere dado oportunamente. Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito en el domicilio de La Compañía.

Toda notificación de **Reclamación** se tendrá como realizada a La Compañía y surtirá sus efectos legales en la fecha en que sea recibida por La Compañía.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro

Cláusula 8ª. Terminación Anticipada del Contrato

El **Contratante** podrá terminar anticipadamente este Contrato mediante aviso por escrito que dirija a La Compañía, en donde especificará la forma en que desee se la haga la devolución de la prima que corresponda, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica. En caso de que no mencione la forma de pago, la Compañía procederá a expedir el cheque correspondiente, el cual podrá recoger en el domicilio de ésta señalado en la carátula de la Póliza.

En el caso de que la Prima haya sido pagada de manera anticipada según lo establecido en la carátula de Póliza, La Compañía devolverá la Prima neta pagada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición y gastos de administración, que sean aplicables. La Compañía realizará dicha devolución dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la solicitud de terminación.

En el caso de que la Prima se pague de manera mensual o por periodos menores a un mes. El Contratante en este acto acepta que sin importar el momento del mes o periodo en el que se realice la cancelación, La Compañía tendrá derecho a la Prima correspondiente al periodo completo, por lo que La Compañía no devolverá Prima alguna.

Cláusula 9ª. Cancelación del Contrato

Esta Póliza se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la carátula de la Póliza.
- B. Por el fallecimiento del Asegurado.
- C. Si el Asegurado titular cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

Cláusula 10ª. Renovación

Al término de la vigencia descrita en la Carátula de Póliza, el presente Contrato de Seguro se renovará por un periodo igual al de la vigencia originalmente contratada, a menos que alguna de las partes manifieste por escrito su deseo de no renovar en los términos convenidos.

Para efectos de la renovación, La Compañía está facultada para modificar el monto de la Prima a pagar, debiendo notificar dicha circunstancia al Contratante y/o al Asegurado con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación al término de la vigencia del presente Contrato de Seguro. En caso de que el Contratante y/o el Asegurado no manifiesten su deseo de no renovar el Contrato de Seguro en los nuevos términos, se entenderá por aceptado y en consecuencia renovado.

La Compañía podrá decidir no renovar el presente Contrato de Seguro, para lo cual deberá notificar al Contratante y/o al Asegurado con 30 (treinta) días naturales de anticipación al término de la vigencia del presente Contrato de Seguro.

La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

Cláusula 11ª. Títulos y Definiciones

Los títulos y definiciones que se contienen en los encabezados de cada cláusula, se incluyen para una mejor referencia, por lo tanto no modifican ni infieren en el significado ni términos a que se refieren expresamente las cláusulas de esta **Póliza**.

Cláusula 12ª. Pago de Primas

El **Contratante** pagará a La Compañía, por concepto de prima el monto señalado en la **Carátula** de esta Póliza.

La prima vencerá al inicio de vigencia de la Póliza, la cual se encuentra especificada en la carátula de misma. El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades, **en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.**

En caso de siniestro ocurrido dentro del periodo de gracia señalado en el párrafo anterior, La Compañía deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el **Contratante** en las oficinas de La Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará La Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el **Contratante** haya seleccionado. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al **Contratante**, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de La Compañía, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el **Contratante** omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una

vez transcurrido el periodo de gracia conforme a lo indicado en esta **Póliza** (artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Se entenderán como causas imputables al **Contratante** la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el recibo que acreditará el pago será el estado de cuenta en donde se refleje el cobro de la prima.

La Aseguradora podrá, en cualquier tiempo, realizar ajustes a la Prima, por aumento o disminución, del Índice de Precios al Consumo (I.P.C.), mismos que se verán reflejados de forma proporcional en la Suma Asegurada de cada cobertura contratada. La Aseguradora deberá notificar cualquier modificación derivada de lo anterior, con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a su aplicación.

Cláusula 13ª. Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” **(Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal

y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

Cláusula 14ª. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o por parte de la Compañía, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Cláusula 15ª. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante.

En caso de que el reclamante 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 delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En todo caso, quedará a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

**Unidad Especializada de Atención
de Consultas y Reclamaciones de
Chubb Seguros México, S.A. (UNE):**

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 01 800 223 2001
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves 8:30 a
17:00 horas Viernes de 8:30 a 14:00 horas

**Comisión Nacional para la Protección y
Defensa de los Usuarios de Servicios
Financieros (CONDUSEF)**

Av. Insurgentes Sur #762,
Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México: (55) 5340 0999
En el territorio nacional: 01 800 999 8080

Cláusula 16ª. Prescripción

Conforme a la Ley del Contrato de Seguro las acciones que se deriven del presente **Contrato** prescribirán en dos años, contados a partir, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpe no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

Cláusula 17ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

Durante la vigencia de la **Póliza**, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a La Compañía 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 Compañía 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.

Cláusula 18ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Cláusula 19ª: Entrega de Documentación Contractual

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en el capítulo 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida el 19 de diciembre de 2014, La Compañía. está obligada, en los contratos de adhesión que celebre bajo la comercialización a través de vía telefónica o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, a hacer del conocimiento del Contratante o Asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

- a) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de alguno de los siguientes medios:
 - i. De manera personal, al momento de contratar el Seguro;
 - ii. Envío a domicilio, por los medios que la Aseguradora utilice para tales efectos;
 - iii. A través de correo electrónico.

Para tal efecto el Asegurado o Contratante elegirán la forma en que desean les sea entregada la documentación contractual referida.

En caso de que por cualquier motivo no se pueda hacer la entrega de la documentación contractual al momento de la contratación del seguro, el medio alternativo para su entrega será el envío a su domicilio, por los medios que la Aseguradora utilice para tales efectos.

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Aseguradora tenga disponibles, obtenga dicha documentación.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.

- c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
- Llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República;
 - Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente;
 - Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;

Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República, para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Cláusula 20ª. Procedimiento en Caso de Siniestro

Pruebas

El reclamante presentará a La Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro ocurrido.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. **La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Documentos para el Pago de Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presente a la Compañía los siguientes documentos:

Para la Cobertura de Fractura de Huesos:

- Formato de Reclamación (este formato será proporcionado por la Compañía) una vez que se complete deberá ser entregado y acompañado de la siguiente documentación.
- Aviso de Accidente lo debe completar el afectado.
- Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
- Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde se sustenta la fractura.

5. Copia de la identificación oficial vigente, la cual puede ser: Credencial Electoral IFE, Pasaporte, Cedula Profesional.
6. Copia de la Póliza si la tuviese.
7. En caso de accidente, es necesario presentar copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.
8. Comprobante de domicilio (agua, luz o teléfono), con antigüedad no mayor a 3 meses.
9. Formato conoce a tu cliente (este formato será proporcionado por la Compañía).

Para la Cobertura de Muerte Accidental

1. Formato de Reclamación (este formato será proporcionado por la Compañía) una vez que se complete deberá ser entregado y acompañado de la siguiente documentación.
2. Aviso de la Muerte Accidental, lo debe completar el Beneficiario.
3. Original y Copia de Identificación oficial del Asegurado que contenga foto y firma si la tuviese.
4. Original y Copia de Identificación oficial del Beneficiario que contenga foto y firma.
5. Original o Copia Certificada del Acta de defunción del Asegurado.
6. En caso de que el Beneficiario sea la esposa(o), concubina(o) o conviviente se requiere original o copia certificada del acta de matrimonio actualizada, documento mediante el cual se constituyó la sociedad de convivencia debidamente ratificado y registrado ante la autoridad competente o acreditación de concubinato ante autoridad judicial.
7. Original o copia certificada acta de nacimiento de los Beneficiarios, (únicamente en caso de que sean hijos del Asegurado).
8. Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación ante Ministerio Público.
9. Copia del comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia.
10. Formato conoce a tu cliente (este formato será proporcionado por la Compañía).

Para la Cobertura de Gastos Funerarios por Accidente

1. Formato de Reclamación (este formato será proporcionado por la Compañía) una vez que se complete deberá ser entregado y acompañado de la siguiente documentación.
2. Original y Copia de Identificación oficial del Reclamante que contenga foto y firma.
3. Original o Copia Certificada del Acta de defunción del Asegurado.
4. Original de las facturas y/o recibos con los que compruebe que cubrió los gastos funerarios del Asegurado.
5. Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación ante Ministerio Público.
6. Copia del comprobante de domicilio del Reclamante con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia.
7. Formato conoce a tu cliente (este formato será proporcionado por la Compañía)

Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

1. Formulario de reclamación de beneficios llenado por el Asegurado y médico (en el formato que para tal efecto le provea La Compañía).
2. Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación ante el Ministerio Público.
3. Certificado médico del hospital indicando causa y días de hospitalización.
4. Copia de historia clínica.
5. Informe médico firmado por el médico tratante.
6. Recibos originales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras, que cumplan con los siguientes requisitos:
 - a) A nombre del Asegurado.
 - b) Número de cédula profesional.
 - c) Registro de la Secretaría de Salud.
 - d) Registro Federal de Contribuyentes.
 - e) Número de folio.
 - f) En el recibo se debe mencionar el tipo de atención proporcionada (anestesia, consulta médica, honorarios quirúrgicos, etc.)
7. En caso de facturas de farmacia, laboratorios o rayos X, deben venir acompañadas de las recetas médicas, resultados e interpretación respectivamente.

Para las Coberturas de Invalidez por Accidente

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte del Asegurado. (dicho formato será proporcionado por La Compañía).
2. Dictamen de Invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
3. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado, si la tuviese.
5. Copia del Expediente clínico, junto con los estudios de laboratorio y gabinete realizados.
6. Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.
7. Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación ante el Ministerio Público.

Para las Coberturas de Hospitalización

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte del Asegurado. (este formato será proporcionado por La Compañía).
2. Informe médico que indique fecha de inicio de signos y síntomas del padecimiento y/o la fecha del accidente que motiva la hospitalización, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
3. Nota de primera atención por el padecimiento y/o lesión que motiva la hospitalización, que indique mecanismo de lesión, condiciones clínicas al ingreso a la unidad en que recibió la atención, diagnóstico y tratamiento, firmada por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
4. Historia clínica completa que refiera a detalle antecedentes personales patológicos y evolución del padecimiento y/o lesión, firmada por el médico que elabora y con los datos generales del mismo.
5. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del hospital.
6. Interpretación médica de todos los estudios realizados.
7. Identificación oficial vigente del Asegurado, si la tuviese.
8. Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.
9. Estudios médicos en original.
10. Factura emitida por el hospital derivada del evento que se reclama, con desglose de gastos generados por la hospitalización.

En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en caso de que se demostrara que el Asegurado, el Beneficiario, reclamante o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o pudieran restringir las obligaciones de ésta. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación arriba señalada.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse a los siguientes teléfonos 01 800 223 2001.

Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba toda la documentación requerida para sustentar la reclamación.

Cláusula 21ª. 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, mismo que se transcribe en el apartado “Glosario de Artículos” de estas condiciones generales.

Cláusula 22ª Omisiones y/o Inexactas Declaraciones

El **Contratante** y el **Asegurado**, según corresponda, está(n) obligado(s) a declarar al momento de la celebración del presente del presente Contrato de Seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 23ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

Cláusula 24ª. Modificaciones

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán hacerse por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía y surtirán todos sus efectos.

Cláusula 25ª Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante tiene la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía.

Para efectos de lo anterior, el Contratante puede solicitar tal contratación a la Compañía, quien le brindará el correspondiente contrato de uso de medios electrónicos, cuyos términos y condiciones están disponibles para su consulta previa a la contratación en la página de Internet de la Compañía: chubb.com/mx

“Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: <http://e-portalif.condusef.gob.mx/recas>.”

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 20 de febrero de 2018 con el número CNSF-S0039-0118-2018 / CONDUSEF-003150-01.

Glosario de Referencias Legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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

Art. 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.

Art. 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Art. 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Art- 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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.

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 este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

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

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

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;

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

Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;
- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
- La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.
- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
- Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.
- Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.
- En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
- En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.
- La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;
- La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

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

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

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

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

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

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

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

Código Penal Federal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

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

- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

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

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

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

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
- IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
- V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
- VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual vía Correo Electrónico

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Chubb Seguros México, S.A., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de Seguro, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Sí Acepto _____.

No Acepto _____.

Nombre y Firma del Solicitante

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 20 de febrero de 2018 con el número CNSF-S0039-0118-2018 / CONDUSEF-003150-01.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Durante nuestra atención en el siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A., en el correo electrónico uneseuros@chubb.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de febrero de 2018 con el número CNSF-S0039-0118-2018 / CONDUSEF-003150-01.



Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250,
Torre Niza, Piso 15,
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 01 800 223 2001

www.chubb.com/mx