

condiciones generales

Seguro De Vida Grupo Continuidad De Salario



CONDUSEF-000368-01
0121301-F

I. DEFINICIONES.....	4
1. Accidente	4
2. Anquilosis	4
3. Asegurado	4
4. Asegurado titular	4
5. Beneficiario	4
6. Compañía	4
7. Contratante.....	4
8. Contrato de seguro	4
9. Dependientes	4
10. Endoso	4
11. Extraprima	4
12. Grupo asegurable.....	4
13. Inicio de cobertura	5
14. Invalidez Total y Permanente	5
15. Pérdidas Orgánicas	5
16. Período al descubierto	5
17. Periodo de gracia	5
18. Póliza	5
19. Prima	5
20. Prima neta.....	5
21. Preexistencia, Padecimiento o enfermedad preexistente	5
22. Siniestro	6
23. UDCMVCMX.....	6
24. Vigencia.....	6
II. CLÁUSULAS GENERALES	7
1. Contrato de seguro	7
2. Vigencia del contrato.....	7
3. Terminación del contrato.....	7
4. Selección de Riesgo	7
5. Omisiones o declaraciones Inexactas	7
6. Modificaciones.....	8
7. Carencia de restricciones con respecto a residencia, viajes u ocupación.....	8
8. Moneda	8
9. Edad	8
10. Monto de primas	9
11. Forma y lugar de pago	9
12. Pago de primas.....	9
13. Vencimiento del pago.....	9
14. Plazo de gracia.....	9
15. Rehabilitación.....	10
16. Prescripción	10
17. Renovación	10
18. Interés moratorio.....	10
19. Competencia.....	10
20. Derecho a seguro individual por separación del grupo.....	11
21. Comunicaciones	11
22. Disputabilidad	11
23. Suicidio	12

Índice



24. Notificación de Comisiones	12
25. Aviso de Siniestro	12
III. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA	13
1. Descripción de la Cobertura Básica	13
2. Grupo asegurado	13
3. Cambio de Contratante	13
4. Registro de Asegurados	13
5. Altas de Asegurados.....	13
6. Bajas de Asegurados.....	14
7. Designación y cambio de Beneficiarios.....	14
8. Obligaciones del Contratante	15
9. Suma asegurada	15
10. Ajustes de la suma asegurada	16
11. Formas opcionales de pago de la eventualidad.....	16
12. Certificados individuales	16
13. Participación en las utilidades.....	16
14. Pago de dividendos	16
15. Entrega de Documentación Contractual.....	16
IV. COBERTURAS ADICIONALES	17
1. Descripción de las Coberturas de Invalidez Total y Permanente	17
2. Descripción de las Coberturas por Accidente	18
3. Descripción de las Coberturas de Gastos Funerarios (CGF).....	21
4. Anticipo Para Gastos Funerarios (AGF).....	23
5. Anticipo Para Enfermedades Graves (AEG).....	23

I. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado:

1. Accidente

Para efectos de la presente Póliza se entenderá como toda lesión corporal sufrida por el Asegurado, como consecuencia de una causa súbita, fortuita, violenta de una fuerza externa independientemente de la voluntad del Asegurado mientras se encuentre vigente la cobertura. No se considerarán accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Anquilosis

Imposibilidad de movimiento de una articulación que normalmente es móvil.

3. Asegurado

Cada uno de los miembros del grupo asegurado, por los riesgos amparados en la carátula de esta Póliza.

4. Asegurado titular

Persona que aparece como Asegurado titular de la póliza o certificado, según sea el caso.

5. Beneficiario

Persona física designada en la póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

6. Compañía

La Latinoamericana, Seguros, S.A., denominada en adelante La Latinoamericana.

7. Contratante

Persona física o moral con la que se celebra el contrato de seguro que cubre a las personas que cumplan con la definición de grupo asegurado y es responsable ante La Latinoamericana de pagar la prima del seguro en su totalidad y el complemento de las demás obligaciones estipuladas a su cargo.

8. Contrato de seguro

Está constituido por la solicitud, las condiciones generales, la póliza, el cuestionario, los endosos que se agreguen, además de los certificados individuales, los consentimientos y el registro de los asegurados.

Este contrato establece que La Latinoamericana, mediante la obligación del pago de una prima a cargo del Contratante, se obliga a pagar la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, una vez que se haya verificado la eventualidad prevista en el mismo.

9. Dependientes

Para los efectos del seguro, se consideran dependientes del Asegurado titular:

- Su cónyuge.
- Los hijos del titular y/o cónyuge.
- Los familiares del titular y/o cónyuge.

10. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o Particulares del Contrato y forma parte de éste.

11. Extraprima

Cantidad adicional que la parte Contratante del seguro se obliga a pagar a La Latinoamericana por cubrir un riesgo agravado.

12. Grupo asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

13. Inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este contrato de seguro.

14. Invalidez Total y Permanente

La que sufra el Asegurado a causa de una enfermedad o accidente, que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible por el cual perciba una remuneración económica.

La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo o un pie, y la vista de un ojo. En estos casos no se considerará el cumplimiento del periodo de espera.

15. Pérdidas Orgánicas

- Pérdida de una mano: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- Pérdida de un pie: Su anquilosis o separación a nivel de la articulación tarso-metatarsiana o arriba de ella.
- Pérdida de los dedos: Su separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- Pérdida de la vista: La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

16. Período al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo, durante el cual queda suspendido y por tanto no operan los beneficios de este contrato, por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Inicia al día siguiente del último día del período de gracia y termina cuando La Latinoamericana acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada.

17. Periodo de gracia

Plazo que La Latinoamericana concede al Asegurado para el pago de la prima o de su fracción correspondiente, en caso de pago en parcialidades.

18. Póliza

Documento emitido por La Latinoamericana en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

19. Prima

Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del Asegurado o del Contratante.

20. Prima neta

Importe de la prima antes del derecho de póliza y recargo por pago fraccionado en su caso.

21. Preexistencia, Padecimiento o enfermedad preexistente

Son todos aquellos padecimientos y/o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato,
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la póliza,
- Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la póliza,
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la póliza.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se hayan practicado el Asegurado y/o Dependientes. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos, cuando así lo determine un perito médico.

Perito Médico: Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 8°- 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.

21. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato que de origen al pago de la indemnización cubierta.

22. UDCMCMX

Unidad de cuenta mensual vigente en la Ciudad de México, que resulta de multiplicar la unidad de cuenta vigente para la Ciudad de México determinada en la Ley de Ingresos del Distrito Federal del ejercicio fiscal vigente, por treinta días.

23. Vigencia

Periodo en que se encuentra en vigor el contrato de seguro.

II. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato de seguro

La Latinoamericana, de conformidad con las presentes condiciones generales, particulares, endosos y las características del seguro contratado se obliga a pagar la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza a la persona cuyo nombre se indica en la carátula de esta póliza.

Este contrato está constituido por la solicitud, la póliza y los endosos que se agreguen, además de los certificados individuales, los consentimientos y el registro de Asegurados.

Los Agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Latinoamericana, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.

2. Vigencia del contrato

Este contrato estará vigente, según condiciones generales durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza.

Inicia a las doce horas del primer día del período de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del período de seguro contratado.

3. Terminación del contrato

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 Hrs. de la fecha correspondiente.

Al cumplir el plazo que aparece en la carátula de la póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones.

Si los miembros del grupo asegurado pierden su calidad de grupo asegurable, La Latinoamericana dará por cancelado el contrato mediante aviso con 60 días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo. Cuando los Asegurados se separen del grupo asegurado, en el caso de seguros a un año, se devolverá prima no devengada, calculada desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima. En los casos cuya temporalidad sea superior a un año, se devolverá la reserva matemática.

Cuando el Asegurado titular fallezca.

A falta de pago de primas, la vigencia del contrato finaliza el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, La Latinoamericana no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del contrato. El contrato pudiera ser rehabilitado si el Contratante lo solicita por escrito y La Latinoamericana lo acepta, en este caso La Latinoamericana podrá comprobar a satisfacción propia que los Asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud de la rehabilitación. Además, el Contratante deberá cubrir el importe de las primas insolutas, así como cualquier otra deuda derivada del contrato del seguro, con un recargo de interés aprobado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

El Contratante puede cancelar este contrato indicándolo por escrito a La Latinoamericana, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que La Latinoamericana reciba el documento. En este caso, La Latinoamericana se obliga a devolver la prima neta no devengada a la fecha de cancelación.

4. Selección de Riesgo

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

5. Omisiones o declaraciones inexactas

Conforme a lo previsto por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante, los Asegurados y los representantes de éstos, están obligados a declarar por escrito a La Latinoamericana, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. **La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a La Latinoamericana para**

considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

6. Modificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones que se acuerden previamente entre el Contratante y La Latinoamericana y consten por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado o el Contratante podrán 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.

Los Agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Latinoamericana, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.

7. Carencia de restricciones con respecto a residencia, viajes u ocupación

El presente contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia y de la ocupación del Asegurado, o por los viajes que éste haga, salvo las restricciones que se encuentren estipuladas en las cláusulas de Invalidez Total y Permanente en caso de que la póliza las contenga.

8. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o de La Latinoamericana, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

9. Edad

La edad del Asegurado será la que tenga en su cumpleaños más cercano a la fecha de iniciación de vigencia del contrato de seguro o a la de sus renovaciones. En caso de altas, la que corresponda a su cumpleaños más cercano al aniversario que siga o coincida con su fecha de ingreso al grupo asegurado.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de aceptación, los beneficios continuarán hasta el fin de vigencia, cancelándose automáticamente a la siguiente renovación.

La edad de los miembros del grupo asegurado debe comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario La Latinoamericana, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a La Latinoamericana, ésta lo anotará en el certificado individual, o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

Si antes de ocurrir un siniestro se descubre que el Asegurado declaró inexactamente su edad, y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por La Latinoamericana en la carátula de esta póliza, el certificado correspondiente seguirá en vigor por la misma suma asegurada, de acuerdo a las reglas siguientes (Este procedimiento no aplica cuando se trate de un grupo que se haya emitido a edad promedio).

- a) Si la edad declarada resultare inferior a la real, la obligación del Contratante y/o Asegurado aumentará 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, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad.

Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.

- b) Si la edad declarada resultare superior a la real, La Latinoamericana reembolsará al Contratante y/o Asegurado, de inmediato, 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.
- c) En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a La Latinoamericana, en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Latinoamericana pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en la fecha de iniciación de vigencia del seguro o en la de su última renovación.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de su ingreso al grupo asegurado estaba fuera de los límites de admisión fijados en la carátula de esta póliza, el contrato quedará rescindido respecto del miembro de que se trate y el certificado respectivo sin valor alguno y La Latinoamericana reembolsará al Contratante la reserva matemática correspondiente al expresado miembro.

10. Monto de primas

La prima total inicial del grupo asegurado es la suma de las primas que correspondan a cada uno de los miembros del grupo asegurado, de acuerdo con su ocupación, actividad básica, suma asegurada, tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada periodo de seguro y la edad real de cada Asegurado; si no se cuenta con la información real de las edades, se aplicará la prima correspondiente a la edad promedio actuarial; o bien, a través de los grupo con experiencia siniestral.

(Incluyendo beneficios adicionales).

La prima cubre el período correspondiente al plazo del plan elegido y vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En cada renovación, La Latinoamericana podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro, de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A cada miembro del grupo asegurado, que no ingrese al seguro en la fecha de aniversario del contrato, se le cobrará la prima por devengar que corresponda a su edad, en el mismo plan; pero a un plazo igual a los años transcurridos para el vencimiento del contrato.

Cuando los Asegurados se separen del grupo asegurado, se devolverá la prima neta no devengada, calculada desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor a la fecha de la misma, que se hayan registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11. Forma y lugar de pago

El Contratante y/o Asegurado pueden optar por pagar la prima anual de manera fraccionada, ya sea en períodos mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso La Latinoamericana aplicará la tasa de financiamiento vigente al momento de la contratación.

La prima deberá ser pagada en el domicilio de La Latinoamericana, salvo pacto en contrario.

12. Pago de primas

El Contratante y/o Asegurado será el único responsable ante La Latinoamericana del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante y/o Asegurado recibirá de ellos la parte correspondiente.

En caso de pago a través de tarjeta de crédito o descuento por nómina, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca el cargo, hará prueba plena del pago hasta en tanto se emita el recibo correspondiente.

13. Vencimiento del pago

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

14. Periodo de gracia

El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago total de la prima o de su primera fracción en los casos de pagos en parcialidades; las primas posteriores vencerán al comienzo del periodo que comprenda y el Asegurado dispondrá de 15 días para su pago. (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si dentro del Periodo de gracia ocurriese el fallecimiento del Asegurado, La Latinoamericana pagará la suma asegurada correspondiente deduciendo la parte faltante de la prima anual vencida que no hubiere sido pagada.

Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este contrato.

15. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en las cláusulas anteriores, el Contratante podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del periodo de gracia señalado, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y según políticas vigentes.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, La Latinoamericana ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar La Latinoamericana para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente o en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

16. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en:

- a) Cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b) Dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, 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 interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Latinoamericana.

17. Renovación

La Latinoamericana renovará este contrato siempre y cuando el Contratante lo solicite a La Latinoamericana dentro de los 30 días naturales anteriores a la terminación de la vigencia del seguro, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que las condiciones de riesgo manifestadas en la solicitud se mantengan y no hayan sido agravadas. Además de que se reúnan los requisitos de contratación del seguro de vida vigentes en la fecha de vencimiento del contrato.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma esté fuera de los límites establecidos en esta póliza.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa en vigor a la fecha de la misma, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

18. Interés moratorio

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

19. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa

de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de La Latinoamericana de satisfacer las pretensiones del Asegurado.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga se dejarán a salvo los derechos del Asegurado para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

20. Derecho a seguro individual por separación del grupo

Cuando el objeto del seguro sea otorgar una prestación laboral, La Latinoamericana tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión.

El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

El solicitante deberá pagar a La Latinoamericana, de acuerdo con el plan elegido, la Prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su Solicitud según la tarifa de primas que se encuentren en vigor deberá, además devolver a La Latinoamericana el Certificado Individual respectivo, para su cancelación.

21. Comunicaciones

Toda comunicación entre La Latinoamericana y el Asegurado y/o Contratante, deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la póliza.

Notificaciones: Toda notificación a La Latinoamericana, deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la póliza.

Para el caso de que La Latinoamericana cambie de domicilio, ésta lo comunicará al Contratante y/o Asegurado.

Conforme a la disposición tercera transitoria de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas mediante la cual se establece que seguirán vigentes las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 Ley General de Instituciones Mutualistas de Seguros hasta en tanto no sean dictadas las relativas al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación del día cuatro de abril del dos mil trece, el Asegurado y/o el Contratante deberá proporcionar a La Latinoamericana todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

22. Disputabilidad

Este contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de dos años, que se contarán a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando La Latinoamericana a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el contrato.

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por La Latinoamericana.

23. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del contrato y del respectivo certificado individual del seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, La Latinoamericana solamente devolverá la reserva matemática correspondiente respecto del miembro del grupo asegurado al cual corresponda el certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por La Latinoamericana.

24. Notificación de comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Latinoamericana 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 Latinoamericana 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.

25. Aviso de Siniestro

El Asegurado o beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso de siniestro a La Latinoamericana, tan pronto como tenga conocimiento de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, la falta de este aviso oportuno podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiere importado el siniestro si el aviso se hubiere dado oportunamente, Arts. 66, 67, 68, 69 Ley Sobre el Contrato de Seguro.

III. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Descripción de la cobertura básica

Si durante el plazo del seguro y el certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, La Latinoamericana pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada por el Contratante y conforme a las condiciones generales de la póliza.

Fondo de Respaldo Económico (FORE)

La Latinoamericana paga en una sola exhibición, la cantidad equivalente a 5, 10, 15, 20 ó 25 veces la Renta Mensual Inicial contratada al ocurrir el fallecimiento del asegurado.

NOTE

La Latinoamericana paga en una sola exhibición al final del periodo de rentas contratado, la cantidad equivalente a 5, 10, 15, 20 ó 25 veces la Renta Mensual Alcanzada al término del plazo de pago de las mismas.

2. Grupo asegurado

El grupo asegurado lo constituyen todas las personas a las que se hace la oferta del seguro y cumplan con las características establecidas de común acuerdo entre el Contratante y La Latinoamericana, que constarán en la carátula de la póliza y quedaren inscritas en el registro de Asegurados.

3. Cambio de contratante

Cuando haya cambio de Contratante y éste no cumpla con lo establecido en las políticas de La Latinoamericana, ésta podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos miembros al grupo asegurado, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Latinoamericana reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de la participación en las utilidades de este contrato.

4. Registro de Asegurados

La Latinoamericana llevará un registro de Asegurados en el que consten, por lo menos, los siguientes datos de cada uno de los integrantes del grupo asegurado: Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, suma asegurada, fecha en que entra en vigor el seguro, fecha de terminación del mismo, operación y plan de seguro, número de certificado individual y coberturas amparadas. Este registro no procederá en las pólizas con sistema de auto administración.

La Latinoamericana entregará al Contratante el registro de asegurados y en la copia que conserve registrará las altas y bajas, de acuerdo a la relación que el Contratante envíe a La Latinoamericana y la cual formará parte integrante del propio registro.

El Contratante se obliga a reportar a La Latinoamericana los movimientos de altas y bajas de Asegurados dentro de los 30 días siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que La Latinoamericana, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento.

En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato de una baja, el seguro continuará originando prima por ese Asegurado y el Contratante cubrirá la prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, La Latinoamericana tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la prima correspondiente por el tiempo que estuvo Asegurado o en su defecto cobrar el importe total más gastos de administración del accidente cubierto por la póliza en caso de haber siniestro.

En caso de las pólizas con sistema de auto administración, La Latinoamericana tendrá la facultad de solicitar por escrito al Contratante la información correspondiente al registro de Asegurados, en cualquier momento. El Contratante contará con quince días naturales para proporcionar la información requerida por La Latinoamericana.

5. Altas de Asegurados

Los miembros que ingresen al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del presente contrato y hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado, hasta por el máximo de la suma asegurada que se estipule en la carátula de esta póliza, siempre que reúnan los requisitos siguientes:

- Que de las declaraciones contenidas en el consentimiento individual resulte que el solicitante se encuentra en buen estado de salud y no esté incapacitado.
- Que la suma asegurada no sea superior a la que se establece en la carátula de la póliza como máxima a conceder sin examen médico.
- Que no excedan la edad máxima de aceptación que figura en la carátula de la póliza.

Tratándose de miembros que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración de este contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado, La Latinoamericana, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esta situación, podrá exigir requisitos médicos y otros para asegurarlos, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. En este caso quedarán Asegurados desde la fecha de aceptación por parte de La Latinoamericana.

Cuando La Latinoamericana exija requisitos médicos u otros para asegurar a los miembros a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se haya cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Mientras esté en vigor la póliza, La Latinoamericana incluirá en la misma nuevos Asegurados, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a La Latinoamericana, indicándole la protección que corresponda de acuerdo a las reglas establecidas en la póliza; por su parte, La Latinoamericana cobrará una prima de acuerdo a la ocupación y actividad del Asegurado, calculada en proporción desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha del vencimiento de la póliza más el valor de la reserva que debiese de tener constituida al momento de dicha alta. Esto en el entendido de que el Contratante deberá seguir pagando prima.

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

6. Bajas de Asegurados

Cuando un Asegurado sea dado de baja, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho, en un lapso no mayor a cinco días hábiles, contados a partir de la fecha de la separación, el nombre de la persona que haya dejado de pertenecer al grupo asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de dicho grupo asegurado. La responsabilidad de La Latinoamericana cesará desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

La notificación para dar de baja a algún(os) Asegurado(s) de la Póliza, deberá ser por escrito y firmada por el Contratante al dejar de pertenecer al grupo asegurado.

De acuerdo al Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

La Latinoamericana devolverá la prima neta no devengada de los integrantes dados de baja, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

7. Designación y Cambio de Beneficiarios

Se entenderá como Beneficiario, para cobrar el importe del seguro en caso de muerte de un Asegurado, a la persona o personas cuyos nombres estén anotados con tal carácter en el certificado respectivo. A menos de que el Beneficiario hubiese sido designado con carácter irrevocable, el Asegurado podrá cambiarlo en cualquier momento mediante solicitud escrita y bajo su firma a La Latinoamericana y exhibición del certificado, para su anotación. En caso de que el Asegurado no comunique por escrito oportunamente el cambio de Beneficiario, La Latinoamericana pagará a los Beneficiarios registrados en el certificado, y con ello quedará liberada de sus obligaciones.

Si sólo se hubiere nombrado un Beneficiario y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

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.

Cuando no haya Beneficiario designado y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a La Latinoamericana la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

8. Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de este contrato:

Comunicar a La Latinoamericana los nuevos ingresos del grupo asegurado dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, sexo, suma asegurada o regla para calcularla, la designación de Beneficiarios y si ésta se hace de forma irrevocable, fecha de ingreso a la empresa y en general verificar que el consentimiento se conteste en su totalidad, fecha de alta y firma.

Comunicar a La Latinoamericana de las separaciones definitivas del grupo asegurado dentro de los 5 días siguientes a cada separación.

Dar aviso por escrito, a La Latinoamericana, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a algún cambio de las sumas aseguradas, de acuerdo con las reglas establecidas para determinarla; o alguna extra prima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días después del cambio y, las nuevas sumas aseguradas o extra primas entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

En caso de modificación de las reglas para la determinación de la suma asegurada, enviar a La Latinoamericana los nuevos consentimientos de los Asegurados.

Tener a disposición de La Latinoamericana, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta póliza.

9. Suma asegurada

Cantidad que La Latinoamericana pagará a los Beneficiarios de cada Asegurado en caso de fallecimiento del mismo. La suma asegurada a pagar es la que se estipula en la carátula de la póliza.

La suma asegurada máxima que La Latinoamericana cubrirá para los Asegurados sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la póliza; los Asegurados que superen la suma asegurada máxima, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que La Latinoamericana considere pertinentes, de acuerdo al monto de suma asegurada y la edad del Asegurado.

10. Ajustes de la suma asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, La Latinoamericana pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la carátula de esta póliza.

Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La Latinoamericana por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

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

11. Formas opcionales de pago de la eventualidad

La Latinoamericana liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la póliza, de acuerdo con lo siguiente:

Renta Mensual Garantizada. La Latinoamericana comenzará a pagar las rentas mensuales contratadas de acuerdo con el programa de pagos contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Los pagos que, por fallecimiento del Asegurado o del Beneficiario de las rentas no hayan sido cubiertos, se liquidarán en el caso del Asegurado a la sucesión del mismo en caso de que no haya designación de Beneficiarios, y en caso de fallecimiento del Beneficiario, a su sucesión en una sola exhibición, calculada como el valor presente de las rentas faltantes.

Cualquier opción de liquidación para recibir los beneficios, que elija el Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación de la póliza, puede ser cambiada siempre y cuando se le notifique por escrito a La Latinoamericana en el inicio o renovación de la póliza y antes de que se liquide cualquier monto pagadero.

12. Certificados individuales

La Latinoamericana expedirá y enviará al Contratante, para que éste los entregue a los Asegurados, certificados individuales que contendrán nombre, teléfono y domicilio de La Latinoamericana, firma del funcionario autorizado por La Latinoamericana; operación de seguro, número de la póliza y del certificado; nombre del contratante; nombre y fecha de nacimiento del Asegurado; la fecha de vigencia de la póliza y del certificado; la suma asegurada que a cada uno le corresponda; nombre de los Beneficiarios y la transcripción de las cláusulas principales de esta póliza.

13. Participación en las utilidades

(Si el Plan cuenta con esta opción y deberá de estar especificado expresamente en la documentación contractual)

El Contratante y el Asegurado en la medida de su contribución, podrán participar siempre que se estipule en la Carátula de la Póliza, desde el primer aniversario de esta Póliza, de las utilidades de La Latinoamericana derivadas de la siniestralidad favorable en las Pólizas de Seguro de Vida Grupo, mediante la siguiente opción:

Experiencia General.

La participación de las utilidades se determinan como un porcentaje de la prima neta de riesgo menos los siniestros ocurridos en el periodo de cálculo, tomando como base las primas devengadas en el periodo de cálculo. La base de cálculo es la cartera total de La Latinoamericana que haya estado vigente en el periodo.

14. Pago de dividendos

El pago del dividendo se liquidará al Contratante en la fecha de aniversario de la expedición de la Póliza correspondiente.

Los dividendos pueden ser pagados en efectivo o a cuenta del pago de la prima de la vigencia posterior. Si el Contratante no elige alguna de estas opciones, la cual queda indicada en la carátula de la póliza, se aplica la segunda de ellas.

15. Entrega de Documentación Contractual

La Latinoamericana está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, lo que hará de manera personal al momento de contratar el Seguro.

La Latinoamericana dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante y/o Asegurado.

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de La Latinoamericana, comunicándose a los teléfonos 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 01 800 010 0528 para el resto de la República, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el contratante y/o representante del mismo, deberá comunicarse a los teléfonos 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 01 800 010 0528 para el resto de la República.

La Latinoamericana emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de La Latinoamericana, en horario de oficina de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:00 Hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 Hrs. Al teléfono 5521 8055, 5130 2800 Ext. 1633 y 2828 ó al 01 800 010 0528 ó 01 800 00 11900 Ext. 1633 y 2828.

La presente cláusula no aplicará en caso de que la comercialización del seguro sea de forma directa por La Latinoamericana.

IV. COBERTURAS ADICIONALES

1. Descripción de las coberturas de Invalidez Total y Permanente

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Si durante la vigencia de la póliza alguno de los miembros asegurados en esta cobertura se invalida total y permanente, La Latinoamericana lo eximirá del pago de la prima del plan básico por fallecimiento sujeto a:

- Al cumplir seis meses de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha en que se haya diagnosticado el estado de invalidez total y permanente.
- La suma asegurada será la alcanzada a la fecha en que se haya presentado el estado de invalidez y nunca podrá ser mayor a la suma asegurada del beneficio básico.
- La exención de la prima correspondiente continuará en vigor para el Asegurado inválido hasta que se presente el fallecimiento, la cancelación de la póliza o desaparezca el estado de invalidez, lo que ocurra primero.
- Cualquier otro beneficio adicional se cancelará automáticamente.

Invalidez Total y Permanente con Pago de la Suma Asegurada (IPSA) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Esta cobertura proporciona al Asegurado, en una sola exhibición, el pago de la suma asegurada contratada, si durante la vigencia del seguro y de acuerdo con las definiciones señaladas en las condiciones generales, se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que la invalidez sea total y permanente.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

Para las Coberturas por Invalidez (BIT e IPSA) descritas anteriormente operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Para que La Latinoamericana conceda la cobertura, el Asegurado deberá presentar a la misma a su costa pruebas de su invalidez y de que ésta sea total y permanente. Además de someterse a los exámenes que a juicio de un médico evaluador de La Latinoamericana que considere necesarios para corroborar la invalidez total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación La Latinoamericana se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en la póliza.

La Latinoamericana, cuando lo estime necesario –en el caso de la Cobertura de Exención de Pago de Primas-, pero no más de una vez cada año, podrá pedir al Asegurado comprobación de que continua su estado de invalidez total y permanente. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente de que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura por Invalidez.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Latinoamericana, en el aniversario de la Póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años, así como también será cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en la carátula de la póliza.

Prima

La Latinoamericana concede esta(s) cobertura(s), con la obligación de pago de la(s) prima(s) adicional(es) correspondiente(s).

Edades

Las edades de admisión y renovación establecidas para esta cobertura, son las comprendidas entre 12 años y los 64 años inclusive.

Límite de responsabilidad.

Con el pago de la suma asegurada de este beneficio, quedarán en todos los casos, cumplidas las obligaciones de La Latinoamericana, derivadas de este beneficio.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS POR INVALIDEZ (BIT E IPSA)

Estas coberturas no se otorgarán si la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado o la pérdida de la vista o miembros que sufra, es ocasionada directa consecuencia de cualquiera de las siguientes causas:

- a) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado.**
- c) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- d) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio asegurado.**
- e) **Lesiones recibidas al participar el asegurado en unariña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea, fluvial o marítima, excepto cuando viajare como pasajero, en un vehículo público ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros, y en viaje de itinerario regular entre puertos y aeropuertos establecidos.**
- g) **Accidentes que ocurran durante la participación del asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño de su actividad laboral y La Latinoamericana haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j) **Enfermedades preexistentes entendiéndose por estas, aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de la vigencia del contrato del seguro, que fueron diagnosticadas por un médico.**
- k) **Radiaciones Ionizantes,**
- l) **La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando éstas estén prescritas por algún Médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión.**
- m) **Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.**
- n) **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

2. Descripción de las coberturas por Accidente

Muerte Accidental (MA)

(Deberá aparecer en la carátula y/o certificado)

La Latinoamericana pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza siempre y cuando la muerte ocurra y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encontrare en vigor.

Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (MAPO)

(Deberá aparecer en la carátula y/o certificado)

La Latinoamericana pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando, las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encontrare en vigor.

Si como consecuencia de un mismo accidente, resultaren una o más pérdidas orgánicas de las descritas con base en la siguiente Tabla de Indemnizaciones "A", se pagará la suma de las que procedan, sin exceder el 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura:

Descripción del Beneficio	% de la suma asegurada
La vida	100 %
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo, o un pie conjuntamente con un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Adicionalmente, se señalan las posibilidades adicionales de indemnización que sobre la Tabla "A" maneja la Tabla "B" como se presentan en el cuadro siguiente:

Descripción del Beneficio	% de la suma asegurada
Tres dedos comprendiendo el dedo pulgar o el índice de cualquier mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el dedo pulgar o el índice de cualquier mano	25 %
El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de cualquier mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de cualquier mano	20 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos de 5 centímetros	15 %
Cualquiera de los dedos medios, el anular o el meñique	5 %

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros Colectiva (MAPOC)

(Deberá aparecer en la carátula y/o certificado)

La Latinoamericana pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando, la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encontrare en vigor.

Para los efectos de esta Cobertura, se entenderá por accidente colectivo lo siguiente:

- El accidente que tuviere el asegurado viajando como pasajero en un vehículo publico terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
- El accidente que tuviere el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataformas marinas, construcción, grutas o similares; o
- El accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel, u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Para que La Latinoamericana se encuentre en posibilidades de resolver lo conducente para la aplicación de esta cobertura, se requerirá que se le acredite la ocurrencia del respectivo accidente con alguna de las características señaladas.

Se considera que la responsabilidad de La Latinoamericana, en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros; así como, en la de Accidente Colectivo, en ningún caso excederá de la suma asegurada vigente en estas coberturas, aún cuando el Asegurado sufra en uno o más eventos o varias de las pérdidas cubiertas.

Para cualquiera de las Coberturas por Accidente descritas anteriormente operan las siguientes condiciones:

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estas coberturas se concederán únicamente, si se presenta a La Latinoamericana prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte o la pérdida de miembros del Asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza y del certificado al que se adiciona esta cobertura.

Esta cláusula cesará sus efectos automáticamente al término del plazo de seguro estipulado, o en el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, cesando la obligación del pago de las primas correspondientes.

Prima

La Latinoamericana concede estas coberturas con la obligación de pago de una prima adicional. Para cada tipo de cobertura le corresponde una cuota en particular.

Edades

Las edades de admisión y renovación establecidas para estas coberturas, son las comprendidas entre 12 años y los 69 años.

Límite de responsabilidad

Con el pago de la suma asegurada de este beneficio, quedarán en todos los casos, cumplidas las obligaciones de La Latinoamericana derivadas de este beneficio.

EXCLUSIONES para las coberturas por Accidente (MA, MAPO y MAPOC)

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la muerte o pérdida de los miembros se deba a:

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b) Infecciones que no provengan de accidente cubierto.**
- c) Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales.**
- d) Lesiones sufridas en cualquier clase de servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- e) Lesiones sufridas al participar el Asegurado como sujeto activo en la comisión de delitos intencionales.**
- f) Lesiones sufridas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- g) Envenenamiento, excepto si fue de origen accidental, intoxicación o reacción alérgica de cualquier naturaleza, incluyendo los ocasionados por bebidas alcohólicas, narcóticos o drogas enervantes, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- h) Accidentes, lesiones o enfermedades provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

- i) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- j) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea, fluvial o marítima. Esta exclusión no opera cuando el asegurado viajare como pasajero, en un vehículo público, ya sea aéreo, fluvial o marítimo, de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- k) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y La Latinoamericana haya aceptado expresamente su cobertura.
- l) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismos, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, deportes aéreos, o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- m) Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
- n) Radiaciones ionizantes.
- o) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga, excepto cuando éstas estén prescritas por algún Médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión.

3. Descripción de las coberturas de Gastos Funerarios (CGF) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

El objeto de la cobertura es solventar el gasto extraordinario e imprevisto por la pérdida del asegurado o de un familiar directo (cónyuge, padre, madre e hijos), debido a los últimos gastos funerarios.

Gastos Funerarios del Asegurado (GFA)

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, se indemnizará a los beneficiarios designados hasta por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento.

Gastos Funerarios del Cónyuge (GFC)

Para efectos de esta cobertura, se entiende como cónyuge, al esposo(a), al concubinario o concubina. A este cónyuge, en caso de ser incluido en el certificado individual del Asegurado, se le dará el carácter de asegurado adicional.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, se indemnizará al asegurado hasta por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento del Asegurado.

Gastos Funerarios del Padre o Madre (GFP)

Al padre o madre, incluido en el certificado individual del asegurado, se le dará el carácter de asegurado adicional.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado adicional, se indemnizará al asegurado hasta por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual. Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento del Asegurado hasta \$25,000.

Gastos Funerarios de los Hijos (GFH)

A él(los) hijo(s) incluido(s) en el certificado individual del asegurado, se le(s) dará el carácter de asegurado(s) adicional(es).

Al ocurrir el fallecimiento del(los) asegurado(s) adicional(es), se indemnizará proporcionalmente al asegurado por la suma asegurada indicada para esta cobertura en el certificado individual.

Dicha suma asegurada, en ningún caso podrá exceder la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento del Asegurado.

La suma asegurada en el punto precedente, se pagará a uno o a la totalidad de hijos asegurados señalados en el certificado.

Para cualquiera de las coberturas de Gastos Funerarios descritas anteriormente operan las siguientes condiciones:

Edades

Asegurado	Admisión	Edad Máxima de Renovación	Cancelación
Asegurado	12 a 69 años	69 años	70 años
Cónyuge	12 a 69 años	69 años	70 años
Hijos	0 a 24 años	24 años	25 años
Gastos Funerarios Padre o Madre	12 a 79 años	79 años	80 años

Pruebas

Para que La Latinoamericana conceda la cobertura, el Asegurado (que será el único Beneficiario) deberá presentar a la misma, pruebas del fallecimiento del(los) Asegurado(s) Adicional(es).

Para aprobar cualquier reclamación, La Latinoamericana se reserva igualmente del derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad y la de los adicionales, si no se ha hecho la anotación respectiva en la póliza.

Cancelación automática

Esta cobertura se cancelará automáticamente para el titular y/o Asegurado(s) adicional(es) sin necesidad de declaración expresa de La Latinoamericana:

- En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años, del Asegurado adicional (cónyuge) sea de 70 años, el Asegurado adicional (hijos) sea de 25 años y el padre o la madre sea 80 años.

Prima

La Latinoamericana concede esta cobertura con la obligación del pago de la prima adicional correspondiente.

EXCLUSIONES

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental. Si esto ocurre dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del contrato y del respectivo certificado individual de seguro, La Latinoamericana solamente devolverá la reserva matemática correspondiente respecto del miembro del grupo asegurado incluido en el certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del Seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de dos años se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por La Latinoamericana.**
- El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del Asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el Seguro será ineficaz, pero los herederos del Asegurado tendrán derecho a la reserva matemática.**
- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el Asegurado, el Asegurado adicional o sus hijos y familiares directos.**
- Lesiones recibidas al participar el Asegurado adicional en una riña, siempre que él, el Asegurado, sus hijos o familiares directos hayan sido los provocadores.**

- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea, fluvial o marítima, excepto cuando viajare como pasajero, en un vehículo público ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- g) **Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado adicional en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto en el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y La Latinoamericana haya aceptado expresamente su cobertura.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado adicional se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia, caza, cualquier deporte aéreo o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- j) **Inhalación de gases y humos, a menos que sea accidental.**
- k) **Radiaciones ionizantes.**
- l) **Lesiones sufridas estando bajo los efectos del alcohol, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico y siempre y cuando hayan influido en la realización del siniestro.**
- m) **Riesgos No Cubiertos por la cobertura de Gastos Funerarios de los Hijos (GFH)**
 - i. **El fallecimiento del(de los) hijo(s) del Asegurado a consecuencia de enfermedades congénitas adquiridas durante el período prenatal, salvo las enfermedades hereditarias que quedarán cubiertas.**
 - ii. **Si el fallecimiento se presentara cuando la edad del (de los) hijo(s) del Asegurado sea menor a 24 horas.**

4. Anticipo para Gastos Funerarios (AGF) (Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)

Mediante esta Cobertura y siempre que el Asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, La Latinoamericana proporciona el anticipo de un porcentaje de la suma asegurada contratada por fallecimiento, con la sola presentación del certificado médico de defunción.

En caso de que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a La Latinoamericana el certificado médico de defunción, siempre que su parte del Seguro sea igual o mayor al pago que por esta cobertura tenga que efectuar La Latinoamericana.

El monto del anticipo será el 20% de la cobertura por fallecimiento, con un mínimo de \$5,000.00 y hasta un máximo de 30 UDCMVCMX . **Para estos límites se consideran todas las pólizas expedidas por La Latinoamericana a favor del Asegurado y que al momento de su fallecimiento se encuentren en vigor. Se ofrece para solventar de manera ágil, el costo de los servicios hospitalarios, tratamientos médicos o funerarios en caso del fallecimiento del Asegurado que tenga contratada esta cobertura. El porcentaje de anticipo para obtener la suma asegurada de esta cobertura, estará definida en la póliza y el certificado individual correspondiente.**

La cantidad que por este conducto pague La Latinoamericana, será descontado de la liquidación final a que el Beneficiario, al que se le dio el adelanto y que tenga derecho, según las condiciones estipuladas en la póliza de la cual forma parte esta cláusula adicional.

5. Anticipo para Enfermedades Graves (AEG)

(Deberá aparecer en la Carátula y/o Certificado)Mediante esta cobertura y siempre que el Asegurado haya estado asegurado de manera continua durante un año como mínimo, La Latinoamericana proporcionará el anticipo de un porcentaje de la suma asegurada contratada por fallecimiento, que es del 25% de la cobertura por fallecimiento, con un

mínimo de \$5,000.00 y hasta con un tope máximo de 100 UDCMVMX, en caso de que sea diagnosticado como enfermo en la fase terminal con una de las enfermedades que a continuación se definen; y siempre que la enfermedad no haya sido preexistente al inicio de vigencia de la póliza o certificado individual de que se trate.

En el momento en que el Asegurado fallezca, se les entregará a los Beneficiarios la protección por fallecimiento contratada en la póliza, menos los adelantos que se hubieren dado por enfermedad grave.

Definición de padecimientos preexistentes

- Aquellos cuyos síntomas o signos se hayan manifestado o sean evidentes con anterioridad a la contratación de la póliza.
- Aquellos en los que se haya integrado un diagnóstico médico previo a la contratación de la póliza.
- Aquellos por los cuales se haya efectuado un gasto, producto de su atención y/o tratamiento médico y/o quirúrgico previo a la contratación de la póliza.
- Aquellos que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico así lo determine.

El asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho designándose desde este momento como árbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

La Latinoamericana acepta que si el reclamante acude a esta instancia se compromete a comparecer ante los árbitros que sean designados por cada parte y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

Definición de un enfermo en fase terminal

Es aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva, incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes con gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses.

Definición de enfermedades cubiertas:

- Infarto al miocardio

Un ataque cardíaco (infarto de miocardio) también conocido como trombosis coronaria, se presenta cuando un área de músculo cardíaco muere o se lesiona permanentemente debido a una provisión inadecuada de oxígeno a esa área debido a un bloqueo de alguna de las arterias coronarias.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- a) El infarto del miocardio haya requerido de atención hospitalaria y cuyos primeros cuatro días haya permanecido en unidad de coronarias o similar bajo el tratamiento de un cardiólogo o intensivista certificado.
- b) El infarto al miocardio determine la incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
- c) No se demuestre regresión de la zona afectada en el electrocardiograma como consecuencia de mejoramiento evidente de la circulación miocárdica.
- d) Persistan las manifestaciones cardíacas de tipo oclusivo o manifestaciones de escaso éxito quirúrgico o de rechazo al tejido empleado.
- e) Se realice cirugía arterio-coronaria a corazón abierto con by pass por enfermedad coronaria obstructiva para la aplicación de 3 ó más puentes a arterias coronarias obstruidas. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe de haber sido apoyada por estudios de angiograma, cateterismos coronarios, etc.

Esta cobertura se otorgará solamente una vez.

- Enfermedad Cerebro Vascular

La enfermedad cerebrovascular (ECV) conocida también como ataque o accidente cerebrovascular (ACV) consiste en un conjunto de síntomas y signos (hallazgos a la exploración médica) de presentación súbita que indican la pérdida de la función de una zona cerebral sin otra causa aparente que el origen vascular (arterias o venas), con secuelas

neurológicas de una duración mayor a 24 Hrs. que dejen una deficiencia neurológica comprobada mayor a tres meses.

La hemorragia hace referencia a la ruptura de la pared del vaso sanguíneo.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- a) No existan pruebas evidentes de recuperación del problema neurológico. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- b) El pronóstico médico sea irreversible. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- c) El paciente no pueda reincorporarse a sus labores habituales, no importando el periodo de recuperación que transcurra, por presentar alteraciones que le causen una incapacidad total y permanente ampliamente demostrable.

Esta cobertura se otorgará solamente una vez.

– **Cáncer o Neoplasia Maligna**

Es el crecimiento descontrolado de células anormales que han mutado de tejidos normales con potencial riesgo de diseminación a tejidos vecinos o a distancia.

Incluye entre otros, la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, así como los melanomas malignos.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- a) No existan pruebas evidentes de recuperación del problema causado por el cáncer, neoplasia maligna y/o sus complicaciones. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- b) El pronóstico médico sea irreversible. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- c) El paciente no pueda reincorporarse a sus labores habituales, no importando el periodo de recuperación que transcurra, por presentar alteraciones que le causen una incapacidad total y permanente ampliamente demostrable.

Esta Cobertura se otorgará solamente una vez.

– **Insuficiencia renal**

Cuando haya una falla por insuficiencia renal, en estado terminal debido a insuficiencia renal crónica, irreversible de ambos riñones, evidencia por requerir diálisis renal permanente o trasplante renal. Lo anterior se define como: Una función renal que se va haciendo más lenta y el riñón se lesiona gradualmente, se desencadena la incapacidad de éste para realizar su trabajo. Este fenómeno se llama insuficiencia renal crónica porque el problema se desencadena y desarrolla lentamente, pudiendo llevar al riñón a que deje de funcionar.

Se procederá al pago de esta cobertura cuando:

- a) No existan pruebas evidentes de recuperación del problema causado por la insuficiencia renal y/o sus complicaciones. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- b) El pronóstico médico sea irreversible. Lo anterior se deberá demostrar mediante estudios de tipo diagnóstico.
- c) El paciente no pueda reincorporarse a sus labores habituales, no importando el periodo de recuperación que transcurra, por presentar alteraciones que le causen una incapacidad total y permanente ampliamente demostrable.

Esta Cobertura se otorgará solamente una vez.

Periodo de espera para Anticipo de Enfermedades Graves (AEG)

Cuando una de las enfermedades descritas sea diagnosticada por el médico tratante, deberá ser demostrada mediante estudios, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio proporcionados juntos con el diagnóstico y pueda ser confirmada por un médico nombrado por La Latinoamericana. Por esta razón La Latinoamericana dispondrá de un periodo máximo de un mes a partir de que el Asegurado presente la reclamación con las pruebas solicitadas para otorgar esta Cobertura.

EXCLUSIONES

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- a) **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**
- b) **Intento de suicidio o lesión auto inflingida con intención.**

- c) **Adicción al alcohol, drogas estupefacientes y psicotrópicos.**
- d) **Enfermedades acompañadas por una infección por VIH (SIDA y cualquiera de los padecimientos derivados de esta enfermedad).**
- e) **Cualquier cáncer sin invasión e “in situ”, o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas excepto melanoma de invasión.**
- f) **Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias, como angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial.**
- g) **Lesiones y/o padecimientos ocasionados por un traumatismo y/o accidente que no guarden relación alguna con una enfermedad de tipo crónico.**

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY DEL CONTRATO SOBRE EL SEGUROS, REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES Y LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 2

Para efectos de esta Ley, se entenderá por:

- V.** Coaseguro, la participación de dos o más Instituciones de Seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con un mismo asegurado;
- XXV.** Reaseguro, el contrato en virtud del cual una Institución de Seguros, una Reaseguradora Extranjera o una entidad reaseguradora del extranjero toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por una Institución de Seguros o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo;
- XXVI.** Reaseguro Financiero, el contrato en virtud del cual una Institución de Seguros, en los términos de la fracción XXV del presente artículo, realiza una transferencia significativa de riesgo de seguro, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento de la entidad reaseguradora; así como el contrato en virtud del cual una Institución de Fianzas, en términos de las fracciones XXIII o XXV de este artículo, realiza una transferencia significativa de responsabilidades asumidas por fianzas en vigor, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento de la entidad reaseguradora o reafianzadora;

Artículo 215

Los contratos de seguro y de fianzas, en general, deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión mediante disposiciones de carácter general, para procurar la solvencia de las Instituciones y en protección de los intereses de los contratantes, asegurados, fiados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro y de fianzas.

Artículo 276

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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

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,

DISPOSICION TRANSITORIA DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

Tercera.- En tanto el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Banco de México y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas dictan los reglamentos y las disposiciones de carácter general a que se refiere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, seguirán aplicándose las expedidas con anterioridad a la vigencia de la misma, en las materias correspondientes, en lo que no se opongan a dicha Ley. Los miembros de la Junta de Gobierno y los servidores públicos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, continuarán en el desempeño de sus funciones y ejerciendo sus respectivas atribuciones, conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y el Reglamento de Inspección y Vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas expedidos con anterioridad a la fecha en que entre en vigor la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Al expedirse las disposiciones a que se refiere esta disposición, se señalarán expresamente aquéllas a las que sustituyan o que queden derogadas.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8

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

Artículo 9

Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10

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

Artículo 19

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 21

El contrato de seguro:

- I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;
- II. - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;
- III. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 25

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

Artículo 33

La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 34

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

Artículo 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.

Artículo 41

Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior.

Artículo 47

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

Artículo 48

La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 49

Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

Artículo 51

En caso de la rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta Ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

Artículo 52

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

Artículo 56

Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

Artículo 60

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 63

La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del Asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

Artículo 64

En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.

Artículo 65

Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Artículo 66

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

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

Artículo 67

Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68

La Latinoamericana 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.

Artículo 69

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

Artículo 70

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

Artículo 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.

Artículo 72

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 76

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

Artículo 77

En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Artículo 81

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

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

Artículo 82

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, 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.

Artículo 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 100

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito o indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Artículo 102

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

También operará la concurrencia de seguros en el caso de los seguros contra la responsabilidad en los que el valor del interés asegurado sea indeterminado.

Artículo 103

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas.

Tratándose de la concurrencia de seguros contra la responsabilidad, las empresas de seguros participarán en cantidades iguales en el pago del siniestro. Si se agota el límite o suma asegurada de cualquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado en cantidades iguales por las empresas con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad de cada una de ellas.

Artículo 163

El seguro de personas pueda cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma

Artículo 172

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

I. - Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. - Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. - Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV. - Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Artículo 204

Todas las disposiciones de la presente Ley tendrá el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Artículo 17

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación.

La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20

Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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;

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

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

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 5 de agosto de 2016, bajo el registro CNSF-S0013-0523-2016/CONDUSEF-000368-01.