

Seguro
Muévete Protegido CBNX

CHUBB®

Contenido

Importante	4
Disposiciones Particulares	5
Secciones de Daños	5
Cláusula 1ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños	5
Cláusula 2ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Daños	5
Cláusula 3ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños	34
Secciones de Accidentes y Enfermedades	35
Cláusula 4ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades	35
Cláusula 5ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades	37
Cláusula 6ª. Edades para Coberturas o Secciones de Accidentes y Enfermedades	65
Cláusula 7ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades	65
Disposiciones Generales	67
Cláusula 1ª. Definiciones	67
Cláusula 2ª. Procedimiento en caso de Siniestro	67
Cláusula 3ª. Terminación Anticipada y Cancelación	68
Cláusula 4ª. Renovación	68
Cláusula 5ª. Territorialidad	69
Cláusula 6ª. Prima	69

Cláusula 7ª. Duración	69
Cláusula 8ª. Modificaciones	69
Cláusula 9ª. Notificaciones	70
Cláusula 10ª. Competencia	70
Cláusula 11ª. Interés Moratorio	70
Cláusula 12ª. Prescripción	71
Cláusula 13ª. Moneda	71
Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios Personas Morales	71
Cláusula 15ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	71
Cláusula 16ª. Agravación Esencial del Riesgo	71
Cláusula 17ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	72
Cláusula 18ª. Otros Seguros	73
Cláusula 19ª. Subrogación	73
Cláusula 20ª. Entrega de documentación contractual para el caso de celebración de contrato por internet o por conducto de prestador de servicios al que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	73
Invitación a Consultar el Recas	74
Aviso de Privacidad Corto	74
Anexo de Referencias Legales	75
Folletos de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios:	
Accidentes y Enfermedades	90
Daños	91
Consentimiento para la entrega de la documentación contractual	92

Importante

Este seguro está compuesto por diversas coberturas. Cada cobertura se encuentra plasmada en una sección distinta, por lo que las únicas coberturas o secciones que serán aplicables y estarán amparadas, son las que expresamente aparezcan como contratadas en la carátula de la Póliza. Verifique las coberturas o secciones contratadas.

Para efectos de claridad, usted podrá recibir:

- 1. El paquete completo de coberturas o secciones, no obstante que únicamente haya contratado algunas, en cuyo caso, deberá tener en cuenta que sólo estarán cubiertas y serán aplicables las expresamente nombradas en la carátula de Póliza; o**
- 2. Únicamente las coberturas o secciones que haya contratado, de acuerdo con lo establecido en la carátula de Póliza.**

Disposiciones Particulares

Secciones de Daños

Cláusula 1ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños

Los siguientes términos únicamente son aplicables a las coberturas de “daños” y tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Daño Patrimonial: Afectación o pérdida apreciable en dinero como consecuencia de los eventos amparados por esta cobertura.

Evento: Hecho o serie de hechos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza y que hayan originado el derecho a alguna reclamación para el pago de una indemnización. Constituye un solo y mismo evento, el hecho o serie de siniestros ocurridos durante el periodo de cobertura que tienen una misma y única causa.

Periodo de Carencia: Es el tiempo al Inicio de la Vigencia de la Póliza, en la cual se carece de la cobertura amparada en estas condiciones. Dicho tiempo, en caso de que se aplique, se especifica en la Carátula de la Póliza.

Robo: Delito que se da cuando una persona se apodera de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley.

Robo sin Violencia: Se entenderá como aquel Robo, realizado sin fuerza material sobre las cosas, ni violencia física o moral, o intimidación en las personas, así como aquél o aquello que no deje señales visibles de violencia del exterior al interior.

Robo con Violencia: Se entenderá como aquel Robo cometido en contra del Titular del riesgo, que se haya dado con violencia física y/o moral, mismas que se distinguen de la siguiente manera:

- a) Se entiende por violencia física en el Robo: La fuerza material que para cometerlo se hace a una persona.
- b) Hay violencia moral en el Robo: cuando el ladrón amaga o amenaza a una persona, con un mal grave, presente o inmediato, capaz de intimidarlo.

Cláusula 2ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Daños

Cobertura de Robo Con Violencia de Efectivo Retirado en Cajero Automático o en Sucursal Bancaria

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Asegurado.

Punto Alterno de Retiro: Significa cajas o ventanillas de supermercados, de tiendas de conveniencia y de cualquier otro establecimiento en donde se pueda efectuar cualquier retiro, disposición y/o entrega de efectivo por cualquier concepto. **No se considera un Punto Alterno de Retiro un Cajero Automático o una**

Sucursal Bancaria.

Sucursal Bancaria: Instalación de la Institución Bancaria, la cual está destinada a la atención de personas que contratan o llevan a cabo operaciones y servicios prestados por la Institución Bancaria, en las cuales se llevan a cabo, entre otras cosas, manejo de efectivo. **No se considera Sucursal Bancaria, las oficinas administrativas de atención al público de las Instituciones Bancarias en donde no se lleve a cabo el manejo de efectivo o valores.**

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por la Institución Bancaria, las cuales el Titular del riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad. **No entran dentro de esta definición las tarjetas comerciales o departamentales que no sean emitidas por una Institución Bancaria.**

Al amparo de esta cobertura sólo estará amparado el efectivo retirado de las Tarjetas del Titular del riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tenga cobertura y esté amparado el efectivo retirado de las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del riesgo Asegurado a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Titular del riesgo Asegurado el Daño Patrimonial que sufra en caso de que sea víctima de Robo con Violencia del efectivo que haya dispuesto previamente utilizando su Tarjeta, ya sea en un Cajero Automático o en la ventanilla de una Sucursal Bancaria (siempre que la sucursal sea de la Institución Bancaria señalada en la Carátula de la Póliza).

Para que proceda la cobertura, el Robo con Violencia del efectivo no podrá ser superior a 5 (cinco) horas siguientes al momento de haber efectuado el retiro del efectivo en el Cajero Automático o en la Sucursal Bancaria, salvo que se estipule otra temporalidad en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

- 1. Importes o montos relativos a gastos de administración, intereses, anualidades, comisiones u otros similares respecto de las Tarjetas.**
- 2. Daño patrimonial que sufra el Titular del riesgo respecto de sus Tarjetas o adicionales que no estén estipuladas o descritas en la Carátula de la Póliza.**
- 3. Que algún cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, haya tenido participación y/o beneficio por el que se haya generado el siniestro.**
- 4. El Robo con Violencia de efectivo ocurrido a una persona distinta al Titular del riesgo, cotitulares o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo (salvo que esté amparado el efectivo retirado de las Tarjetas adicionales, por haberlo solicitado así el Titular del riesgo y se hayan estipulado o descrito tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza).**
- 5. La pérdida de cualquier cantidad de dinero que se tuviere al momento de ocurrir el delito y que no sea el comprobado como retirado del Cajero Automático o de la ventanilla de la Sucursal Bancaria.**

6. **El Robo con Violencia de efectivo que se realice fuera del rango de horas señalado en la cobertura o, en su caso, en la Carátula de la Póliza.**
7. **En caso de más de una disposición en el mismo Cajero Automático o en ventanilla de Sucursal Bancaria en plazo menor de 24 horas, no se cubrirán las disposiciones posteriores a la primera disposición de efectivo.**
8. **Robos con Violencia de efectivo en que no se puedan acreditar.**
9. **Robo con Violencia de efectivo retirado en una Sucursal Bancaria distinta a la Institución Bancaria señalada en la Carátula de la Póliza o en Puntos Alternos de Retiro.**
10. **Pérdidas que no sean constitutivas de delito de Robo Con Violencia, tales como Robo sin Violencia, extravíos u otros delitos.**

Documentos para el pago de la indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del beneficiario.
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) que indique las fechas y horas exactas de los movimientos o retiros realizados en el Cajero Automático o Sucursal Bancaria.
- Para el caso de retiro de efectivo en Sucursal Bancaria, se deberá acreditar el monto que dispuso el Titular del riesgo en la Institución Bancaria señalada en la Carátula, con boletas, recibos, comprobantes, etc.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando INE.

Cobertura de Robo Con Violencia de Cartera o Bolso y Contenidos de Uso Personal

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Bolso o Cartera: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, billetera, bolsa o bolsa de mano.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Deducible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del riesgo a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Depreciación: Es el demérito o pérdida de valor de un bien por su uso, deterioro o transcurso del tiempo.

Documentos personales cubiertos: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Equipo Electrónico: Todos aquellos equipos o aparatos que se alimente de la red eléctrica o de baterías, realizan funciones complejas a través de circuitos electrónicos, tales como: medición, manejo de datos, etc.

Equipo Electrónico Portátil: Es un tipo de computadora de tamaño pequeño con número de serie, con capacidades de procesamiento, con conexión a Internet, con memoria, diseñado específicamente para una función, pero que pueden llevar a cabo otras funciones más generales y puede ser fácilmente transportado por sus usuarios (como Lap Top, computadora de bolsillo, palm y Kindle).

Extravío: El hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

IMEI (Por sus siglas en inglés International Mobile Equipment Identity): Código pregrabado en los dispositivos móviles GSM (por sus siglas en inglés, Global System for Mobile communications). Este código identifica al dispositivo móvil de forma exclusiva a nivel mundial, y es transmitido por el aparato a la red al conectarse a ésta.

Sublímite: Monto o cantidad máxima a indemnizar que forma parte de la Suma Asegurada por Evento, el cual aplica para Teléfonos Celulares. El sublímite no incrementa la Suma Asegurada por Evento y se encontrará indicado en la Carátula de la Póliza.

Tableta: Dispositivo electrónico móvil que consume información por medio de datos con pantalla táctil, tiene un tamaño intermedio entre una laptop y el teléfono celular, permite la comunicación en algunos casos y el uso de aplicaciones y herramientas de trabajo propias de un ordenador o laptop.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del riesgo puede utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura la Aseguradora solo reembolsará al Titular del riesgo los montos que haya pagado para la reexpedición de las Tarjetas del Titular del riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza y que hayan estado dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI que identifica dicho dispositivo.

Titular del riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Valor Real: Es el valor de un bien, partiendo de su valor actual de nuevo menos la depreciación sufrida por uso o factores internos o externos que disminuyan su valor.

Valor de Reposición: Es la cantidad que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma clase y capacidad.

Bienes y Riesgo Cubiertos

La Compañía indemnizará a Valor Reposición al Titular del riesgo por el Daño Patrimonial que sufra en caso de que le sea Robado con Violencia su Bolso o su Cartera, y los Documentos Personales portados dentro de éstos, así como otros contenidos de uso personal, de acuerdo con lo siguiente:

La Compañía otorgará cobertura con respecto a todos los objetos contenidos en un Bolso especificados en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando se compruebe su existencia y propiedad por parte del Titular del riesgo, cuando hayan sido objeto de Robo con Violencia. **En caso de documentos personales, será necesario que éstos hayan estado dentro del bolso o cartera al momento del siniestro.**

La indemnización podrá consistir en el pago de dinero efectivo a Valor Reposición o, a satisfacción del Titular del riesgo, la Aseguradora podrá reemplazar y/o reponer los objetos robados.

La Suma Asegurada por Evento, el Deducible, el número de Eventos amparados, el periodo de carencia (si llegara a aplicar para esta cobertura) y se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

En caso de siniestro, esta cobertura cubrirá una Tableta o un Teléfono Celular del Titular del riesgo hasta el Sublímite señalado en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

- 1. Daño producido a los objetos contenidos en la cartera o bolso.**
- 2. Retiro de efectivo y/o compras realizadas con las Tarjetas que estuvieran contenidas dentro del Bolso o Cartera Robado.**
- 3. Los artículos, elementos o bienes que no sean de propiedad del Titular del riesgo.**
- 4. Equipo Electrónicos que no entren en la definición de Equipo Electrónico Portátil.**
- 5. Alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes aun cuando estuvieren dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**
 - Joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.**
 - Ropa, artículos de vestir o accesorios.**
 - Los animales y plantas naturales o sintéticas.**
 - Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.**
 - El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).**
 - Equipos especializados de ingeniería que por su tamaño quepan dentro del Bolso o Cartera.**
 - Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción, que por su tamaño puedan ser transportados dentro del bolso o cartera.**
 - Facturas o testamentos.**
 - Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, cosméticos o bebidas.**

Documentos Indispensables para el pago de indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).**
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).**
- Carátula de Póliza (si la tuviese).**
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.**
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.**
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del beneficiario.**
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) indicando las circunstancias de tiempo,**

modo y lugar, siendo indispensable que se declare en la denuncia los objetos o Documentos personales que fueron Robados.

- Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de los documentos personales robados tales como: Pasaporte, Licencia de Conducir, Tarjetas u otro documento que requiera realizar un pago para su expedición.
- Factura de compra de los bienes robados o declaración firmada por inexistencia de las facturas. En caso de no tener las facturas de compra debe presentar un soporte que evidencie la existencia de los bienes reclamados: fotos, manuales, accesorios, etc.
- 3 cotizaciones de cada uno de los bienes robados.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando INE.
- Para el caso de Teléfonos Celulares se requiere indispensablemente acreditar la cancelación del IMEI del Teléfono Celular robado (se puede obtener una pantalla de la página: www.ift.org.mx/imei).

Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Personales por Asalto, Hurto o Extravío
Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Definiciones para esta cobertura

Para efectos de esta cobertura, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Bolso o Cartera: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, cartera, billetera, bolsa o bolsa de mano.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Documentos personales cubiertos: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta y/o cheque, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del riesgo puede utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura la Aseguradora solo reembolsará al Titular del riesgo los montos que haya pagado para la reexpedición de las Tarjetas del Titular del riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza y que hayan estado dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro.

Titular del riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Riesgo Cubierto

Si al momento del Asalto, Hurto o Extravío del Bolso o Cartera del Titular del Riesgo se sustrajeran o extraviaran los documentos personales del Titular del riesgo, la Compañía le pagará, el costo de los gastos efectuados a efecto de obtener la reposición de los documentos personales.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (si éste último llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura se pagará contra recibos y documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades respectivas y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

- 1. Reembolso de Multas o cargos de trámites acelerados.**
- 2. Facturas o Testamentos.**
- 3. Retiro de efectivo y/o compras realizadas con las Tarjetas que estuvieran contenidas dentro del Bolso o Cartera robado.**

Documentos Indispensables para Iniciar la Reclamación

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de dichos documentos.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando INE.

Cláusula 3ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños

La Compañía no otorgará cobertura por:

- 1. Daños en donde exista participación del Titular del riesgo, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado.**
- 2. Pérdidas ocurridas como consecuencia de situaciones de invasión, actos de guerra, terrorismo, rebelión, motín o insurrección civil.**
- 3. Daños patrimoniales ocurridos a consecuencia de terremoto, meteorito, maremoto, erupción volcánica, tornado, vendaval, huracán o ciclón, granizo o inundación.**
- 4. Las pérdidas que tengan relación con reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- 5. Hechos ocurridos y/o conocidos antes de la entrada en vigor del contrato de seguro.**
- 6. Cuando las pérdidas sean a consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.**

Secciones de Accidentes y Enfermedades

Cláusula 4ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades

Los siguientes términos únicamente son aplicables a las coberturas de Accidentes y Enfermedades y tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

1. **Accidente:** Significa todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o la muerte del Asegurado de manera inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerará como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y/o el primer gasto médico, se realicen después de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en que ocurrió el hecho que les dio origen.

El tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas derivados de un mismo Accidente, serán consideradas como un solo siniestro.

2. **Asegurado:** Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la carátula de la Póliza y que ha quedado protegida por las coberturas de Accidentes y Enfermedades que expresamente se señalan en la carátula de la Póliza.
3. **Beneficiario:** Significa la persona que tiene derecho a recibir el pago de la Suma Asegurada respecto de las coberturas de Accidentes y Enfermedades contratadas.

Para las coberturas de Accidentes y Enfermedades es el propio Asegurado, excepto por:

- a) Las secciones o coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Público y Muerte Accidental por Asalto, en donde el(los) Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) expresamente designada(s) por el Asegurado y que aparecen con tal carácter en la carátula de la Póliza;
 - b) La sección o cobertura de Gastos Funerarios por Accidente en donde el Beneficiario será el primer Deudo (según se define en la sección de Gastos Funerarios) que compruebe haber incurrido en gastos relacionados con el fallecimiento del Asegurado.
4. **Diagnóstico:** Significa la valoración o la calificación que un Médico Especialista realiza del padecimiento, afectación a la salud o Enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de dichos padecimientos, afectaciones o Enfermedades, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.
 5. **Enfermedad:** Significa toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
 6. **Enfermedad Congénita:** Significa aquella Enfermedad que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.
 7. **Enfermedad Preexistente:** Significa aquellas Enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - A Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación del seguro o de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza;

- B. En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia de la Póliza o del inicio de cobertura;
- C. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una Enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos no pudieran pasar desapercibidos, será que un médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para detección y/o tratamiento de la Enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- i. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- ii. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con las Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y a sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico Especialista certificado por el Consejo de la especialidad médica correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el

nombramiento. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes al momento de acudir solicitarlo. Las partes deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

El laudo emitido en el arbitraje vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Para todo lo no previsto respecto al procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

- 8. Especialista:** Significa el Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar Diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades o afectaciones a la salud que se especifican dentro de este Contrato de Seguro y que adicionalmente cuente con una cédula, autorización o licencia emitida por las autoridades competentes, respecto de la especialidad médica que corresponda.
- 9. Médico:** Significa la persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, conforme a las leyes del país en donde ejerza. Para efectos de este seguro, no se considerará Médico a cualquier familiar del Asegurado, sea este consanguíneo o por afinidad, así como a cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.
- 10. Práctica Profesional de Cualquier Deporte:** Significa aquella actividad desarrollada por una persona que se dedica voluntaria y habitualmente a una disciplina / actividad deportiva a cambio de una retribución económica dentro de una organización privada o pública, formando parte de su modus vivendi - forma de vida.

Cláusula 5ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades

Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

- 1. Deducible:** Significa el porcentaje o cantidad fija con la cual el Asegurado participa del riesgo. El Deducible se especifica en la carátula de la Póliza y su pago correrá a cargo del Asegurado, debiendo ser liquidado por éste a efecto de que se pague la indemnización respectiva.
- 2. Prótesis:** Significa aquellos mecanismos sustitutos hechos por el hombre para reemplazar funcional y/o estéticamente las partes faltantes del cuerpo humano.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado requiriera someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los gastos en los que incurra el Asegurado por los mencionados conceptos, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza y según las reglas de indemnización (limitaciones) que más adelante se detallan. El pago de la indemnización se realizará previa liquidación del Deducible por parte del Asegurado y previa comprobación fehaciente de los gastos erogados por parte de éste.

El reembolso de gastos médicos se encuentra limitado a la totalidad de la Suma Asegurada contratada y

especificada en la carátula de la Póliza, salvo por las siguientes limitaciones:

1. Los gastos que resulten de aparatos de Prótesis, dental o de cualquier otra clase, se cubren hasta el límite máximo del 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada contratada;
2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta el límite máximo del 5% (cinco por ciento) de la Suma Asegurada contratada.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos antes señalados, disminuyen proporcionalmente la Suma Asegurada contratada.

No están cubiertos los gastos médicos erogados en razón de la atención médica de personas distintas al Asegurado.

La Compañía únicamente cubrirá los honorarios de Médicos y enfermeras graduados y oficialmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

Límite de Pago de Siniestros

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

1. El agotamiento de la Suma Asegurada;
2. El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la carátula de la Póliza; o
3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Compañía

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

El Asegurado se obliga a autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios Médico-Hospitalarios que participaron en su atención, para que provean la información solicitada por el personal de la Compañía. La información proporcionada y tratada por la Compañía con motivo de dicha investigación, será manejada y resguardada con los más altos estándares de seguridad y confidencialidad en términos de la regulación aplicable respecto de la confidencialidad de la información y el tratamiento de datos personales sensibles.

Los resultados obtenidos en la investigación estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante.

Los gastos derivados de la investigación médica correrán a cargo de la Compañía.

Otros Seguros

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

Exclusiones

Este seguro no cubre el reembolso de gastos médicos por Accidente del Asegurado, cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) **Abortos, con excepción de los que acontezcan como resultado de un Accidente.**
- b) **Accidentes acuáticos o que ocurran mientras el Asegurado practique actividades de playa (paracaídas de playa, moto acuática, sky acuático).**

- c) Accidentes originados por la práctica de buceo cuando no se cuente con la licencia respectiva y/o no se esté bajo supervisión de instructores capacitados y/o la inmersión sea superior a 40 metros.
- d) El uso de anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- e) Consumo de complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en Accidentes, cualquiera que sea su causa.
- f) Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un Accidente.
- g) El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.
- h) El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de Prótesis.
- i) Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un Accidente.
- j) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- k) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
- l) Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente.
- m) Honorarios médicos cuando el Médico tratante sea familiar directo del Asegurado.
- n) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- o) Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
- p) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- q) Lesiones ocasionadas directamente por el Asegurado, actos delictivos ocasionados por el Asegurado o con participación intencional por parte de él.
- r) Intento o consumación de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- s) Lesiones originadas por la participación intencional del Asegurado en actos delictivos.
- t) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra (declarada o no), insurrección, revolución o rebelión.
- u) Lesiones que sufra el Asegurado al viajar como pasajero, piloto, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- v) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- w) Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
- x) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en alborotos populares.
- y) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- z) Lesiones sufridas por el Asegurado al practicar alpinismo, montañismo, paracaidismo, buceo, espeleología, equitación, charrería, artes marciales, boxeo, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, deportes aéreos y cacería.
- aa) Lesiones sufridas por el Asegurado al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo.
- bb) Los costos que correspondan al donador de órganos, aun cuando el Asegurado pague dichos costos.

- cc) Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
- dd) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
- ee) Tratamientos, lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades Preexistentes, así como sus consecuencias y complicaciones.
- ff) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
- gg) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que resulten de alcoholismo o toxicomanía.
- hh) Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.
- ii) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
- jj) Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
- kk) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
- ll) Cualquier evento, accidente, enfermedad, padecimiento o intervención quirúrgica que ocurra o pueda surgir en relación con la atención de padecimientos, tratamientos médicos o quirúrgicos, enfermedades, lesiones, afecciones, intervenciones o eventos, que no son consecuencia directa de un evento cubierto por este seguro o que estén expresamente excluidos por el mismo, o por Accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza, así como sus causas y/o complicaciones.

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía);
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses);
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar);
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía);
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos);
6. Informe Médico.
7. Entregar las facturas Originales de los gastos médicos realizados. En caso de presentar factura del hospital se deberá anexar el estado de cuenta completo. En facturas de farmacias se deberán indicar los medicamentos y estar acompañados de la receta médica. En caso de laboratorios, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., se deberán entregar los resultados de los estudios y la interpretación de los mismos (en caso de ser necesario se solicitarán los originales).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

1. **Día de Hospitalización:** Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
2. **Hospital:** Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el Diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable. Para efectos de esta sección no se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.
3. **Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la carátula de la Póliza.
4. **Periodo Máximo de Beneficio:** Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la carátula de la Póliza; y (iii) se realice en un Hospital.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización, por lo que:

1. La indemnización o renta diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio;
2. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización; y
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo posterior al Periodo Máximo de Beneficio.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

- A. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y**
 - ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- B. Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
 - a. Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas;**
 - b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado;**
 - c. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y**
 - d. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**
- C. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental;**
- D. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente;**
- E. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza;**
- F. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;**
- G. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente;**
- H. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales;**
- I. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental;**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía);
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses);
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar);
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía);
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos);
6. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cláusula 6ª. Edades para Coberturas o Secciones de Accidentes y Enfermedades

La presente Cláusula es únicamente aplicable a las coberturas de Accidentes y Enfermedades.

Las edades mínimas y máximas de aceptación, las edades de renovación y las edades de cancelación para las coberturas de Accidentes y Enfermedades, son las que se especifican en la carátula de la Póliza.

La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

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

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro):

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

Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos de lo anterior, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Cláusula 7ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades

La presente Cláusula es únicamente aplicable a las coberturas de Accidentes y Enfermedades.

La Compañía no será responsable del pago de indemnización alguna a consecuencia de lo siguiente:

1. **SIDA y VIH:** cualquier evento que resulte o se relacione directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:
 - a) Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
 - b) Cualquier Enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
2. **Aviación:** Lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico de aviación privada, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
3. **Cualquier Accidente** originado por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos, o estupefacientes. Tampoco se cubrirán Accidentes que provengan de algún síndrome de dependencia al alcohol, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor Médico de la Compañía, sea considerado causa relacionada o directamente atribuible a un síndrome de dependencia al alcohol.
4. **Afecciones propias del embarazo**, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
5. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
6. **Tratamientos ambulatorios.**
7. **Actividades peligrosas:** cualquier Accidente que sea causado por participar en actividades peligrosas: montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.
8. **Nuclear:** contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir, cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.
9. **Enfermedades Preexistentes.**
10. **Carreras:** por participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
11. **Curas de reposo y medidas preventivas:** cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.
12. **Intento de suicidio o mutilación voluntaria**, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
13. **Tratamiento no recomendado por un Médico:** cualquier hospitalización no

recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un Médico con cédula profesional o su equivalente en el extranjero, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia.

- 14. Hospitalización para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.**
- 15. Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- 16. Variaciones de peso: obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**
- 17. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en las que participe directamente el Asegurado.**

Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Definiciones

Para todos los efectos del Contrato de Seguro, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular.

- 1. Aseguradora o Compañía:** Significa Chubb Seguros México, S.A.
- 2. Contratante:** Significa la persona señalada con tal carácter la carátula de la Póliza, con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las primas.
- 3. Contrato de Seguro:** Significa las disposiciones particulares, las disposiciones generales, la carátula de la Póliza, los beneficios y las cláusulas adicionales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, así como de los derechos y obligaciones de cada parte.
- 4. Suma Asegurada:** Cantidad que representa la obligación máxima de la Aseguradora en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

Cláusula 2ª. Procedimiento en caso de Siniestro

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que el aviso se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione y de los documentos señalados en las secciones (aplicables) descritas en las Cláusulas Segunda y Quinta del apartado denominado "Disposiciones Particulares", todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas y/o los gastos incurridos.

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

Transcripción del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “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”.

Formas de Indemnización

La Compañía pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda, la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, en una sola exhibición.

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Cláusula 3ª. Terminación Anticipada y Cancelación

1. El Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.

La Póliza se dará por terminada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

En caso de que el Contratante, por cualquier causa, solicite la terminación anticipada del seguro, la Compañía devolverá la prima neta no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición. La Compañía realizará dicha devolución al Contratante y/o Asegurado dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

El Contratante podrá realizar la terminación anticipada de su Póliza por cualquiera de las siguientes vías: (i) mediante aviso por escrito a las oficinas de la Compañía; o (ii) comunicándose al teléfono **800 900 2880** en dónde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

2. Sólo para el caso de las secciones o coberturas Daños, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita al Contratante, con por lo menos 15 (quince) días naturales de anticipación a la fecha de terminación deseada y devolverá la prima neta no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición. Dicha devolución se efectuará dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la fecha de notificación de terminación, mediante cheque o transferencia bancaria.
3. No podrá haber terminación anticipada por parte de la Compañía para las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades.
4. La cancelación de la Póliza se realizará de forma automática al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
5. Tratándose de las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades, las referidas coberturas se cancelarán automáticamente en la fecha en que el Asegurado alcance la edad máxima de cancelación establecida en la Cláusula Sexta de estas Disposiciones Generales, por cada cobertura.

Cláusula 4ª. Renovación

Este seguro se renovará automáticamente por periodos de un año. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

A la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y Sumas Aseguradas, en función del aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, manteniendo el resto de los términos y condiciones según el plan originalmente contratado.

En caso de ajuste de primas y Sumas Aseguradas en términos del párrafo anterior, la Compañía se obliga a dar aviso por escrito al Contratante dentro de los 30 (treinta) días naturales anteriores a la renovación, del monto de dichas primas y Sumas Aseguradas.

Tratándose de las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades, la renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

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

Cláusula 5ª. Territorialidad

El presente Contrato de Seguro cubre a residentes en los Estados Unidos Mexicanos y riesgos sucedidos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, salvo pacto contrario en la carátula.

Cláusula 6ª. Prima

La prima será la suma de las correspondientes a cada sección o cobertura contratada y vence en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de 90 (noventa) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo, en caso de que no se pague la prima.

Durante el periodo de gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante y/o Asegurado mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y con la periodicidad que el Contratante y/o Asegurado haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía o abonando en la cuenta que le indique esta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina o el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 7ª. Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y continuará vigente mientras la Póliza no haya sido cancelada.

Cláusula 8ª. Modificaciones

Al ser este seguro un contrato de adhesión, no se podrán realizar modificaciones a las condiciones generales de

este Contrato de Seguro, en consecuencia, cualquier persona carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

La Compañía y el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza, entendiéndose éstas como cambio en sumas aseguradas, número de Eventos amparados al año, cambio del Vehículo Declarado o Tarjetas Amparadas (de acuerdo con la cobertura contratada), modificaciones a que hace referencia la Cláusula 4ª (Renovación); en todos los casos, cualquier cambio lo hará constar la Compañía por escrito.

Cláusula 9ª. Notificaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la carátula de la Póliza.

En el caso en el que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente al conste en la carátula de la Póliza, ésta deberá comunicar al Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo el nuevo domicilio para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o al Asegurado y/o al Titular del Riesgo y/o a los Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio o dirección de correo electrónico que conozca la Compañía.

Cláusula 10ª. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía (UNE) 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 Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

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

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

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

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

Cláusula 11ª. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 (treinta) días establecidos en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 (treinta) días señalado en el artículo 71 antes citado.

Cláusula 12ª. Prescripción

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

1. Para las secciones o coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Público, Muerte Accidental por Asalto y Gastos Funerarios por Accidente, en 5 (cinco) años;
2. En 2 (dos) años, para el resto de las secciones o coberturas, incluyendo las de Accidentes y Enfermedades y Daños.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos 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 Compañía.

Cláusula 13ª. Moneda

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

Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios Personas Morales

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 15ª. 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 Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Cláusula 16ª. Agravación Esencial del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Con relación a lo anterior, si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

“Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior”. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X Disposición Vigésima Novena, fracción V Disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

Cláusula 17ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso.

Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Compañía: www.chubb.com/mx

Cláusula 18ª. Otros Seguros

El Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo tiene la obligación de poner inmediatamente en conocimiento de la Compañía, por escrito, de la existencia de otro seguro que contrate con otra aseguradora por el mismo riesgo y por el mismo interés, indicando la Suma Asegurada y cada uno de los nombres de las aseguradoras, de acuerdo con el artículo 100 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Conforme al artículo 102 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en caso de existir otro u otros seguros amparando el mismo interés asegurable, celebrados de buena fe, con misma o diferentes fechas y por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada institución aseguradora hasta el valor íntegro del daño sufrido dentro de los límites de responsabilidad que hubieren asegurado.

Si el Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo omitiere intencionalmente el aviso de que trata el párrafo anterior, o si contratare los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones (artículo 101 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

El contenido de la presente Cláusula no le será aplicable a las coberturas o secciones de Accidentes y Enfermedades, salvo por la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, a la cual si le es aplicable esta Cláusula.

Cláusula 19ª. Subrogación

Una vez pagada la indemnización, la Compañía podrá subrogarse, hasta por la cantidad pagada en los derechos del Titular del Riesgo, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro. Si la Compañía lo solicita, a costa de la misma, el Titular del Riesgo hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Titular del Riesgo se impide la subrogación, la Compañía quedará liberada, en todo o en parte, de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Titular del Riesgo y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Titular del Riesgo tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

El contenido de la presente Cláusula no le será aplicable a las coberturas o secciones de Accidentes y Enfermedades, salvo por la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, a la cual si le es aplicable esta Cláusula.

Cláusula 20ª. Entrega de documentación contractual para el caso de celebración de contrato por internet o por conducto de prestador de servicios al que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo por internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la Compañía se obliga a proporcionar al Contratante el número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración y dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al Contratante la documentación relativa al Contrato de Seguro celebrado, siendo ésta la Póliza. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del Contratante, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del prestador de servicios al momento de la contratación. Lo anterior en el entendido que, para entregas a

domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado, la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que se recibió la Póliza, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto del prestador de servicios, la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el Contratante.

En caso de que el Contratante no reciba la documentación mencionada en esta Cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página en internet: <https://www.chubb.com/mx> o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá, en cualquier momento, solicitar que se le entregue la documentación contractual por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

Invitación para Consultar al Recas

Usted puede tener acceso a este Contrato de Seguro a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

Aviso de Privacidad Corto

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio ubicado en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoría externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección <https://www2.chubb.com/mx-es/>

“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 28 de febrero del 2020, con el número PPAQ-S0039-0096-2019/CÓNDUSEF-004205-02”

Anexo De Referencias Legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 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 54.- Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del Asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.

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

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 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 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 corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

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 e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Artículo 101.- Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

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 170.- El seguro recíproco podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 167.

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 hubiera 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.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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

- I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:
- a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y
 - b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
- II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:
- a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
 - b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

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

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

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

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

Artículo 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

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

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

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

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

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

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

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

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

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.

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

Código Penal Federal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

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

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

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

“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 28 de febrero del 2020, con el número PPAQ-S0039-0096-2019/CÓNDUSEF-004205-02”

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios

Accidentes y Enfermedades

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

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

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

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

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de febrero del 2020, con el número PPAQ-S0039-0096-2019/CÓNDUSEF-004205-02”

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios

Daños

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refiere el artículo 103 de la LISF, por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el Asegurado o el Beneficiario tienen los siguientes derechos:

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

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Aseguradora.
2. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

t

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

Sí acepto _____.

No acepto _____.

Nombre y Firma del Solicitante

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de febrero del 2020, con el número PPAQ-S0039-0096-2019/CONDUSEF-004205-02”

Contacto

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

Tel.: 800 900 2880