Seguros Azteca

Condiciones Generales

Seguro Colectivo Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

No. de Registro: CNSF-S0098-0144-2023/CONDUSEF-005790-03.

Seguros Azteca, S.A. de C.V.

CONTENIDO

Seguro Colectivo Reembolso de Gastos Médicos por Accidente. 1
Preliminar **1**
Definiciones **1**
CLÁUSULA 1A. ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS **4**
1. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE 4
2. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE QUE GENERE DISCAPACIDAD 4
CLÁUSULA 2A. RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO **4**
CLÁUSULA 3A. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO **5**
CLÁUSULA 4a. SUMAS ASEGURADAS **6**
CLÁUSULA 5a. CONDICIONES APLICABLES DE INDEMNIZACIÓN **6**
CLÁUSULA 6a. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO **6**
CLÁUSULA 7a. TERRITORIALIDAD **7**
CLÁUSULA 8a. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO **7**
CLÁUSULA 9a. TERMINACIÓN DEL CONTRATO **7**
CLÁUSULA 10a. PRESCRIPCIÓN **8**
CLÁUSULA 11a. COMPETENCIA **8**
CLÁUSULA 12a. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO). **8**
CLÁUSULA 13a. COMISIONES. **8**
CLÁUSULA 14a. MONEDA **8**
CLÁUSULA 15a. VIGENCIA DEL SEGURO. **9**
CLÁUSULA 16a. ARBITRAJE. **9**
CLÁUSULA 17a. RENOVACIÓN. **9**
CLÁUSULA 18a SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN **9**
CLÁUSULA 19a. AGRAVACIÓN DEL RIESGO. **10**
CLÁUSULA 20a. IMPROCEDENCIA DE PAGO POR COMISIÓN DE DELITOS. **10**
CLÁUSULA 21a. MEDIOS ELECTRÓNICOS **10**
CLÁUSULA 22ª. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL. **13**
CLÁUSULA 23a. DISPOSICIONES LEGALES. **14**
QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO **20**
DATOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y DATOS DE LA CONDUSEF **21**

Seguro Colectivo Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Preliminar

Seguros Azteca, S. A. de C. V. que en lo sucesivo se denominará "Seguros Azteca" y el solicitante de la Póliza "el Contratante" han convenido para el titular del certificado que en lo sucesivo se denominará "el Asegurado", las Coberturas y las Sumas Aseguradas que aparecen en la carátula de esta Póliza como Contratadas, en consecuencia, aquellas que no se señalan como amparadas no tendrán validez entre las partes, aun cuando se consignan y regulan en estas condiciones.

Los riesgos que pueden ampararse bajo esta Póliza y/o certificado, se encuentran definidos en la **Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas**, cuya Contratación se indica por las anotaciones correspondientes en la carátula de esta Póliza, quedando sujetas a los límites de responsabilidad que en ella se mencionan.

Indemnización por Mora
En caso de mora, Seguros Azteca deberá pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

Definiciones

Accidente
Se entenderá por Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, pues en ese caso, la causa de las lesiones deja de ser fortuita, o por fallas repentinas en la salud del mismo o de alguno de sus órganos, pues en ese caso, la causa deja de ser externa.

Los accidentes quedan amparados siempre y cuando la Cobertura de la Póliza y/o Certificado se encuentre en vigor al momento de realizarse el evento indemnizable.

Altas
Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos, podrá ser incluida en la misma. Una vez iniciada la vigencia de la Póliza, son los nuevos integrantes de la Colectividad Asegurada que reporte el Contratante.

Asegurado
Cada persona, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por Seguros Azteca y que, a solicitud del Contratante, ha quedado amparada bajo esta Póliza de Seguro.

Aseguradora
Seguros Azteca, S.A. de C.V.

Bajas
Se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Son las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada y dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, en un tiempo máximo de quince días a partir de la fecha de notificación de tal separación.

Colectividad Asegurada
En adelante la Colectividad es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que

mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, que han cumplido con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora y constituyen el Registro de Asegurados.

Contratante
Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o terceras personas, que además se compromete a realizar el pago de las Primas, en virtud de su relación con los miembros la Colectividad, así como a recabar y entregar la información necesaria para el aseguramiento.

Criterio de Preexistencia
El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante resumen de la historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se hayan practicado al Asegurado previo a su admisión en la Colectividad. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos, cuando así lo determine un perito médico, basado en la historia clínica o evolución natural del padecimiento.

Deducible
Cantidad fija a cargo del Asegurado. El Seguro cubre los gastos procedentes a la Cobertura a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la Póliza y/o Certificado. El monto del deducible aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado para cada Cobertura en la cual se aplique.

Discapacidad
Para el presente Seguro, se define discapacidad y sus tipos conforme a lo indicado en la "Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad", fracciones IX, X, XI, XII y XIII del Artículo 2.

Discapacidad. Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;

Discapacidad Física. Es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;

Discapacidad Mental. A la alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona, que aunado a una sucesión de hechos que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;

Discapacidad Intelectual. Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;

Discapacidad Sensorial. Es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Elegibilidad
Para este Seguro podrán asegurarse a las personas cuya edad se encuentre entre 18 y 65 años.
La edad máxima de renovación será de 64 años, en cuyo caso el Seguro se mantendrá en vigor hasta el final del plazo aun y cuando el Asegurado haya cumplido los 65 años.

Endoso
Documento emitido por la Aseguradora que modifica, previo acuerdo entre las partes, y previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las Condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

Gastos Médicos Cubiertos
Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que se incurra para la atención de lesiones en la persona del Asegurado, ocasionados por un Accidente cubierto y que:
a) Por prescripción de un Médico sean necesarios para el tratamiento, hasta el límite de la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la Póliza y/o certificado.
b) Sean proporcionados por Instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado.

Hospital
Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento de personas dependientes del alcohol o sustancias ilegales.

Médico
Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que no sea la persona Asegurada o miembro de la familia del mismo.

Moneda
Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Asegurado o de Seguros Azteca, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Padecimiento
Es una alteración de la salud del Asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico, y señale un diagnóstico médico definitivo.

Padecimientos Preexistentes
Son aquellos, que:
- Con anterioridad a la celebración del Contrato, un médico haya determinado su existencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo, o
- Por su historia clínica o evolución natural del padecimiento, un perito medico así lo determine. Por perito médico, se entenderá al que designen las partes.

Período de Convalecencia Domiciliaria
Es el período en que el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Período de Espera
Es el período ininterrumpido de vigencia que debe tener la Carátula de la Póliza y/o certificado para que sean pagaderos algunos padecimientos excluidos al inicio de la Cobertura o del Alta del Asegurado en la Colectividad.

Período de Hospitalización
Es el período en que, debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, sea estrictamente necesario permanezca un Asegurado internado en un Hospital. Este período deberá ser mayor de 24 horas.

Perito Médico
Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se

encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.

CLÁUSULA 1A. ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS

1. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Seguros Azteca reembolsará hasta la Suma Asegurada Contratada en esta Cobertura, los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez días siguientes a la fecha del Accidente.

LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.
Sin límites de eventos, hasta agotar la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o certificado.

DEDUCIBLE.
Para exigir el cumplimiento de las obligaciones a cargo de la Compañía, el Asegurado deberá pagar invariablemente en cada siniestro una cantidad denominada deducible, siendo el porcentaje que se establece en la Carátula de la Póliza y/o certificado, aplicado al límite máximo de responsabilidad.

2. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE QUE GENERE DISCAPACIDAD

En caso de que el Asegurado requiera de atención médica y/o tratamientos o programas de rehabilitación por verse afectado en su persona, por un accidente que le genere una discapacidad, Seguros Azteca reembolsará hasta la Suma Asegurada Contratada en esta Cobertura, los gastos médicos en que incurra el Asegurado para la atención de la discapacidad generada por el accidente, los cuales incluyen:

- Servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos
- Programas y terapias de rehabilitación
- Cualquier otro servicio médico adicional necesario

LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD
Sin límites de eventos, hasta agotar la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o certificado.

DEDUCIBLE
Para exigir el cumplimiento de las obligaciones a cargo de la Compañía, el Asegurado deberá pagar invariablemente en cada siniestro una cantidad denominada deducible, siendo el porcentaje que se establece en la Carátula de la Póliza y/o certificado, aplicado al límite máximo de responsabilidad.

Las coberturas de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente que genere Discapacidad son excluyentes, por lo que el Contratante y/o Asegurado sólo podrán contratar una de estas, lo cual estará especificado en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente.

CLÁUSULA 2A. RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO

Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, es decir, lesiones causadas como resultado de la participación como sujeto activo en la comisión de un crimen.
3. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las

líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
4. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
5. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur.
6. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.
7. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
8. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos mentales, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
9. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
10. Tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente.
11. Riña, cuando el Asegurado la haya provocado.
12. Cualquier forma de navegación submarina.

CLÁUSULA 3A. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO

De conformidad con el artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Prima a cargo del **Contratante** vence al momento de celebrarse el Contrato.

PLAZO DE PAGO DE PRIMA

Seguros Azteca y el **Contratante**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, fijarán de común acuerdo el plazo en que deberá pagarse la Prima, el cual no podrá ser mayor a treinta días, contándose éstos como días naturales.

El **Contratante** se obliga a pagar la Prima en el plazo de pago convenido, teniendo como fecha límite la fecha de Vencimiento de Pago, la cual se especifica en la Carátula de la Póliza, de no realizarlo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato a las 00.00 hrs. de la fecha de vencimiento de Pago.

En caso de que Seguros Azteca y el **Contratante** no establezcan plazo para el pago de la Prima o éste no aparezca en la carátula de la Póliza, el plazo vencerá a las 00.00 hrs. del trigésimo día natural siguiente a la fecha de celebrado el Contrato.

PAGO EN PARCIALIDADES

El **Contratante** podrá optar por el pago fraccionado de la Prima anual, en cuyo caso, las exhibiciones deberán cubrir periodos de igual duración no inferiores a un mes, que vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado.

Si Seguros Azteca y el **Contratante** no establecen plazo para el pago de la Prima o éste no aparece en la Carátula de la Póliza, el plazo vencerá a las 00.00 hrs. del trigésimo día natural siguiente a la fecha de celebrado el Contrato.

En caso de siniestro procedente ocurrido dentro del plazo convenido para el pago de la Prima o fracción de ella, Seguros Azteca podrá deducir de la indemnización debida al Asegurado el total de la Prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas para completar el total de la Prima correspondiente al periodo del Seguro Contratado.

LUGAR DE PAGO

Las Primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de Seguros Azteca o en las Instituciones Bancarias señaladas por ésta, contra entrega del recibo correspondiente.

En caso de que el **Contratante o Asegurado** efectúe el pago total de la Prima o el total de la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en cualquiera de las Instituciones Bancarias señaladas por Seguros Azteca, el comprobante que al efecto sea expedido por dichas Instituciones Bancarias harán prueba plena del pago de la Prima o fracción de ella hasta el momento en que Seguros Azteca le haga entrega al **Contratante** del recibo correspondiente.

CESACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO

Si no hubiera sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo de pago convenido, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 00.00 horas del último día de este plazo.

CLÁUSULA 4a. SUMAS ASEGURADAS

La cantidad que se pagará en cada Cobertura que se ampara bajo este Contrato, queda especificada en la Carátula de esta Póliza y/o certificado.

I. REINSTALACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS

En ninguna de las Coberturas amparadas por esta Póliza, aplicará la reinstalación de la Suma Asegurada.

CLÁUSULA 5a. CONDICIONES APLICABLES DE INDEMNIZACIÓN

Pago de la Indemnización

El Asegurado tendrá derecho a cobrar directamente de Seguros Azteca, la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este Contrato. Seguros Azteca pagará la indemnización que proceda dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación, y se haya aceptado el siniestro como procedente.

CLÁUSULA 6a. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Pruebas
El Asegurado, al reclamar el siniestro, deberá presentar a Seguros Azteca; además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el hecho que genera la reclamación.

Seguros Azteca 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 de cualquier Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a Seguros Azteca de cualquier obligación.

La documentación que deberá presentar el Asegurado al reclamar el pago de un siniestro al amparo de las Coberturas Contratadas es la siguiente:

Datos del Certificado y de identificación del Asegurado:
- Número de Certificado de Seguro
- Acta de nacimiento original o copia certificada
- Copia de identificación oficial (credencial de elector o pasaporte)
- Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses)

- Copia de ticket o estado de cuenta a nombre del Asegurado para realizar el reembolso

Pruebas de las lesiones resultantes del accidente y los gastos derivados del mismo, como:
- Informe médico debidamente requisitado por el médico tratante
- Interpretación de estudios de laboratorio (en caso necesario)
- Formato de solicitud de Pago de Indemnización debidamente requisitada
- Factura de los gastos realizados y sujetos a reembolso relacionadas con el accidente a nombre del Asegurado

Alta y Baja de Asegurados.

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para Asegurarlas, si no lo hace quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue Contratada la Póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para Asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de Asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue Contratada la Póliza.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad Asegurado, dejarán de estar Aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, en un máximo de quince días desde la fecha de notificación de la separación.

Lo anterior en términos de lo dispuesto por los artículos 17 y 18 del “Reglamento del Seguro de grupo para la operación de vida y del Seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades”

CLÁUSULA 7a. TERRITORIALIDAD

Las Coberturas amparadas por esta Póliza y/o certificado, se aplicarán únicamente en caso de accidentes ocurridos dentro de la República Mexicana.

CLÁUSULA 8a. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO

Las obligaciones de Seguros Azteca quedarán extinguidas:

1. Si se demuestra que el **Asegurado** o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en el error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.
2. Si hubiera en el siniestro dolo o mala fe del **Asegurado**.
3. Si se demuestra que el **Asegurado** o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que Seguros Azteca solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

CLÁUSULA 9a. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Las partes convienen expresamente, en que este Contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

El Contrato puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 00:00 hrs de la fecha correspondiente:

a) A petición expresa del Asegurado y/o Contratante, con treinta días naturales de anticipación.
b) Al término de la vigencia del Seguro.

En caso de cancelación del Contrato con anterioridad a la fecha del fin de su vigencia bajo las condiciones del inciso a) de la presente cláusula, el Contratante tendrá derecho a la devolución de la Prima de riesgo no devengada a la fecha efectiva de la cancelación. Esta devolución, se realizará en un plazo máximo de quince días hábiles contados a partir de haberse solicitado la terminación, por el mismo medio por el cual fue pagada la Póliza o por el medio que el Contratante solicite.

CLÁUSULA 10a. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley, el cual indica que el plazo del Artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino que dicho plazo correrá a partir del 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.

De igual manera la prescripción se suspenderá por la presentación de reclamaciones presentadas en términos de ley ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Aseguradora; así también se interrumpirá la prescripción por la presentación de la reclamación, que reúna los requisitos exigidos por la ley, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o de la delegación de esta elegida por el reclamante.

CLÁUSULA 11a. COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que Seguros Azteca cuenta, o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

CLÁUSULA 12a. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

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

CLÁUSULA 13a. COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Seguros Azteca 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. Seguros Azteca proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA 14a. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante, del Asegurado o de Seguros Azteca, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

CLÁUSULA 15a. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de este Contrato se indicará en la carátula de la Póliza y/o certificado.

CLÁUSULA 16a. ARBITRAJE.

En caso de que Seguros Azteca rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento preexistente, o de cualquier otro motivo, derivado de la valoración del siniestro, y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto Seguros Azteca como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de celebración del Contrato. En ese caso, Seguros Azteca y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por Seguros Azteca.

CLÁUSULA 17a. RENOVACIÓN

Esta Póliza se renovará previa aceptación de la Compañía, lo cual se hará constar mediante Endoso, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades vigente a la fecha de renovación y el Contratante haya solicitado a la Compañía la renovación de la póliza dentro de los últimos veinte días naturales de la Póliza en vigor.

La renovación otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguiente:

a. La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
b. Las edades limites no serán modificadas en perjuicio de los Asegurados.

Seguros Azteca informará al Contratante, con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la renovación, las posibles modificaciones en prima, deducibles o suma asegurada que se aplicarán a la nueva vigencia.

El incremento en la prima que se efectúe para cada renovación será el que corresponda conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA 18a SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN

En caso de que la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de esta Póliza la lleve a cabo este último, hecho que se indicará en la carátula de la Póliza, el Contratante se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al Seguro que la Aseguradora le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Aseguradora acceso irrestricto a toda la información relacionada con el Seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de este Seguros.

Asimismo y conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; asimismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los clientes y/o Asegurados que formen parte del Grupo de que se trate, y ponerlos a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se le requiera.

CLÁUSULA 19a. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

De conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante la vigencia de la Póliza de Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omite el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Para efectos de la presente Cláusula, se entenderá como agravación esencial cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal surte que la Compañía habría Contratado en condiciones diversas si al celebrar el Contrato hubiera conocido una agravación análoga.

En relación con lo anterior, la Compañía no podrá liberarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las Primas anticipadas.

CLÁUSULA 20a. IMPROCEDENCIA DE PAGO POR COMISIÓN DE DELITOS

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario realice o se relacione con actividades ilícitas, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, 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 algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario 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 21a. MEDIOS ELECTRÓNICOS

Medios de Contratación
Las Coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser Contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones ya sean privados a públicos, de conformidad con lo establecido por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Uso de medios electrónicos.

I. Operaciones y Servicios

Algunas de las Operaciones que el Contratante y/o Asegurado, en su caso, podrán realizar a través de estos Medios Electrónicos son:

1. Consulta de oferta y características de Seguros (productos) por parte del usuario.
2. Registro de usuarios.
3. Contratación y aceptación del Contrato de Seguro.
4. Modificación de Contraseñas o Identificadores de Usuarios por parte del Contratante y/o Asegurado.
5. Pago de los productos por parte del usuario.
6. Envío de documentación contractual al correo electrónico del usuario al momento de la Contratación del Seguro.
7. Modificación de datos personales por parte del usuario.
8. Alta y baja de Beneficiarios.
9. Cancelación del Contrato de Seguro.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula.

Contraseña: Significa la clave o la cadena alfanumérica que autentica al Asegurado en un medio electrónico o en una operación electrónica. La Contraseña tiene los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa conforme a la legislación, siendo admisible como prueba en juicio.

Identificador de Usuario: Significa la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que conozca tanto la Compañía como el usuario, que permita reconocer la identidad del propio usuario para la realización de operaciones electrónicas.

Medios Electrónicos: Significa el internet, el correo electrónico, el teléfono inteligente y sus aplicaciones y la grabación inherente a la llamada telefónica. Queda en entendido que los medios electrónicos mencionados anteriormente, son los únicos que la Compañía y el Asegurado reconocen y aceptan que su utilización atenderá a la naturaleza de la operación a realizar y al alcance de los mismos.

Sesión: Periodo durante el cual los usuarios podrán llevar a cabo operaciones, una vez que hayan ingresado al servicio de operaciones electrónicas con su identificador de usuario.

Usuario: El Asegurado que cuenta con contraseña e identificador de usuario, lo que le permite realizar operaciones electrónicas.

Cuando la Compañía proporcione a los Asegurados acceso a su Contrato de Seguro a través de medios electrónicos, la Compañía está obligada a proporcionar al Asegurado la siguiente información, la cual ya se incluye dentro del texto del mismo documento:

- Nombre comercial o datos de identificación del producto de Seguro respecto del cual es Asegurado y del cual está obteniendo la caratula de la Póliza;
- Dirección de página electrónica en internet en donde el Asegurado podrá acceder al clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- Los datos de contacto de la Compañía para la atención de dudas, quejas o aclaraciones; y
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

II. Límites de Responsabilidad en Medios Electrónicos

La utilización por parte del Asegurado de los Medios Electrónicos, así como del Identificador de Usuario y de la Contraseña asignados, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de estos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Asegurado llegare a hacer uso de los Medios Electrónicos, su utilización será responsabilidad exclusiva del Asegurado, para todos los efectos legales

a que haya lugar, quien reconoce y acepta a partir del momento de su utilización como suyas todas las transacciones hechas por dichos Medios Electrónicos.

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

La Compañía no será responsable de que no se puedan efectuar Operaciones Electrónicas debido a, o por causa de, caso fortuito y/o fuerza mayor, desperfectos, caída de sistemas, mal funcionamiento o suspensión de los Medios de Comunicación (incluyendo los Medios Electrónicos) o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no pueda efectuar sus operaciones por los motivos aquí señalados, la Compañía hará su mejor esfuerzo para mantener la continuidad en el servicio en el entendido de que no garantizará dicha continuidad al Contratante y/o Asegurado.

El Asegurado reconoce y acepta en este acto que la información que reciba de la Compañía, a través de correo electrónico, así como el contenido de dichos correos electrónicos producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

Queda entendido por el Asegurado que la dirección de correo electrónico de la cual recibirá información por parte de la Compañía siempre tendrá los dominios @segurosazteca.com o @segurosazteca.com.mx, como por ejemplo las direcciones de correo: seguros@segurosazteca.com o infoseguros@segurosazteca.com.mx, no siendo válida la información recibida por una dirección de correo electrónico con un dominio distinto a los mencionados.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de las Coberturas que integran el Contrato de Seguro celebrado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo del Seguro, las fechas de inicio y fin de vigencia y que se hizo de su conocimiento que las Coberturas se encuentran limitadas por las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales.

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad u obligación de ningún tipo por cualquier pérdida o pasivo sufrido por el Contratante y/o Asegurado debido a la utilización por parte de éste de cualquier equipo, software o documentación que no sea producida o proporcionada por la Compañía en relación con el uso de los servicios en Medios Electrónicos.

III. Mecanismos y Procedimientos de Identificación y Autenticación

La identificación del usuario se dará en el momento en que cree su perfil en el sistema, en donde éste le solicitará información personal para garantizar su identidad. Para el efecto, el usuario deberá contar con una dirección de correo electrónico, RFC válido, dirección de un domicilio, un número telefónico y un medio de pago de la Prima con el que se puedan hacer cargos automáticos o transferencias.

En caso de no reconocer alguna de las operaciones electrónicas notificadas deberá comunicarse al teléfono: 55-1720-9854.

Cuando por negligencia, culpa, dolo o mala fe del Contratante y/o Asegurado se induzca al error a la Compañía, causando con ello un daño o perjuicio a la Compañía y/o al propio Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios, la Compañía quedará liberada de cualquier responsabilidad inherente al uso de los Medios Electrónicos, Contraseña e Identificador de Usuario, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que pudieren proceder en contra del responsable.

IV. Sugerencias para prevenir riesgos en el uso y la realización de Operaciones Electrónicas

El Asegurado reconoce y acepta que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes Beneficios para éste, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad que pueden derivar en diversas modalidades de fraude en perjuicio del propio Asegurado, de sus Beneficiarios y/o del Contratante, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal. La Compañía sugiere al Asegurado seguir pautas de protección, como las mencionadas a continuación de manera enunciativa más no limitativa:

- No realizar operaciones en computadoras públicas (cafés internet, centros de negocios de hoteles y de aerolíneas, entre otros) ya que ello puede poner en riesgo la confidencialidad de la información;
- Instalar en su computadora personal, software anti-spyware y anti-virus, así como mantenerlos actualizados;
- Verificar la legitimidad de toda solicitud de información personal o financiera, que reciban por cualquier medio, especialmente por correo electrónico
- Nunca proporcionar información personal o financiera, a través de correo electrónico o de cualquier otro medio
- No compartir las claves de acceso con persona alguna, utilizar claves diferentes para cada uno de los Medios Electrónicos que utilice y escoger claves que resulten difíciles de adivinar para un tercero
- Memorizar las claves de acceso o mantenerlas en un lugar seguro, nunca llevarlas con uno

Por políticas de seguridad, la Compañía nunca solicitará al Contratante, Asegurado y/o a los Beneficiarios que le proporcionen información personal o financiera, a través de correo electrónico.

La Compañía le informa que los términos y condiciones para el Uso de Medios Electrónicos se encuentran a su disposición, para su consulta en cualquier momento, en la página de Internet: www.segurosazteca.com.mx.

Se debe tomar en cuenta que, mediante la aceptación de los términos y condiciones, usted ratifica que la Compañía ha puesto a su disposición dicha información.

CLÁUSULA 22ª. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En cumplimiento con lo dispuesto en el capítulo 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, en caso de que este Seguro se haya Contratado a través de vía telefónica, Internet u otros Medios Electrónicos dispuestos por la Compañía para tal fin, cuya habilitación cumple con lo dispuesto por el capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas y que el cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la Compañía está obligada a entregar al Asegurado los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del Seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de Contratar el Seguro, en cuyo caso el Asegurado firmará el acuse de recibo correspondiente;
2. Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos;
3. A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberá proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico al que debe enviar la documentación respectiva.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, resguardará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber Contratado el Seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, o requiera un duplicado de su Póliza, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 55 1720 9854; para que, a elección del Asegurado, la Compañía le haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo certificado o correo electrónico.

En estos mismos números de contacto, el Asegurado puede consultar el estatus de su Póliza en cualquier momento.

CLÁUSULA 23a. DISPOSICIONES LEGALES

LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO (LSCS)

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

Artículo 40.- Si no hubiera 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.

Artículo 51.- En caso de rescisión unilateral del Contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta ley, la empresa Aseguradora conservará su derecho a la Prima por el período del Seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.
Si la Prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del Seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las Primas correspondientes a los períodos futuros del Seguro.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las Primas anticipadas.

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.

Artículo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 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.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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 líquidada 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 hubiera 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 hubiera 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 hubiera sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiera 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,

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 aquellas 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.

CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS

4.5.6

Tratándose de Seguros de gastos médicos, las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas deberán, además de cumplir con lo previsto en las presentes Disposiciones, observar lo siguiente:

IX. Las Pólizas de los productos de Seguros de gastos médicos podrán establecer una cláusula que prevea la renovación de manera automática del Seguro, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista, o el Contratante, notifiquen en la forma establecida en el Contrato su voluntad de no renovarlo, cuando menos con veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

En tales casos, las Pólizas de los productos de Seguros de gastos médicos deberán establecer cláusulas que cumplan con las siguientes condiciones:

a) La renovación deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente Contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las Coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado. Asimismo, en la renovación, el nuevo Contrato deberá prever un servicio de red médica y hospitalaria similar a la originalmente Contratada en términos de calidad, servicio y Cobertura geográfica, de conformidad con los productos que estén registrados ante la Comisión en ese momento;
b) Deberán establecerse las bases para actualizar, en cada renovación, el valor del deducible, franquicia o coaseguro, y
c) Deberá establecerse la obligación de la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de informar al Contratante o al Asegurado, con al menos veinte días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la Prima, deducible, franquicia o coaseguro aplicables a la misma,

LEY PARA LA 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 personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

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

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones,

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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

Artículo 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad Asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
a. Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
b. Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
c. Operación de Seguro, número de la Póliza y del Certificado;

d. Nombre del Contratante;
e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
f. Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado;
g. Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada Beneficio;
h. Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
i. Transcripción que corresponda, según el tipo de Seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
j. En el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al Seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.

II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:
a. Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los Asegurados, o
b. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.
En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue Contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para Asegurarlas, si no lo hace quedarán Aseguradas con las mismas condiciones en que fue Contratada la Póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para Asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de Asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza."

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad Asegurado, dejarán de estar Aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO

- Una vez que el Asegurado haya recibido la atención médica requerida derivado del accidente sufrido dentro de la vigencia del certificado, deberá presentarse en las oficinas de Seguros Azteca, o en cualquier sucursal de las tiendas Elektra, Salinas y Rocha o Bodega de Remates e informar a cualquier Ejecutivo o Asesor de la sucursal, de la incidencia del siniestro
- Para el punto anterior, el Asegurado se deberá presentar con su Póliza y/ certificado de Seguro Contratado o al menos el número de la misma
- El Ejecutivo o Asesor, entregará al Asegurado el formato de reclamación correspondiente
- El Asegurado entregará al Ejecutivo el formato de reclamación debidamente llenado y la documentación solicitada en el formato
- El Ejecutivo o Asesor, revisará los documentos entregados por el Asegurado, si los documentos están completos, se dará al Asegurado una respuesta en un máximo de 10 días hábiles
- Si el reembolso es procedente, Seguros Azteca, realizará el depósito en la cuenta designada por el Asegurado, en caso de ser improcedente se enviará la carta rechazo, explicando la razón de la improcedencia

DATOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y DATOS DE LA CONDUSEF

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de Seguros Azteca ubicada en Insurgentes Sur 3579, Colonia Villa Olímpica, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14020, comunicarse al teléfono 55 17 20 98 54 o al correo electrónico: ueap@segurosazteca.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, a los teléfonos 55 53 40 09 99 desde la Ciudad de México o al 800 999 8080 desde el resto del país, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

Consulta de Significado de Abreviaturas en nuestra página electrónica www.segurosazteca.com.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que Integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de octubre de 2023, con el número CNSF-S0098-0144-2023/CONDUSEF-005790-03.