

## NOVENA SECCION

### SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

#### **CIRCULAR F-8.1 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de fianzas, el criterio contable y de valuación de las disponibilidades e inversiones temporales.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

#### **CIRCULAR F-8.1**

**Asunto:** Disponibilidades e inversiones temporales.- Se emite criterio contable y de valuación.

A las instituciones de fianzas

Como es de su conocimiento esta Comisión ha venido trabajando en el proceso de homologación de los criterios de contabilidad para las entidades que forman parte del sector financiero bajo normas consistentes, lo cual permitirá la comparabilidad, interpretación y análisis de la información al interior y exterior del sistema financiero. Por lo que, esta Comisión ha considerado pertinente emitir el criterio contable y de valuación, el cual está orientado a hacer consistentes, en la medida de lo posible, el conjunto de prácticas contables y de valuación que rigen a esas instituciones, con las Normas de Información Financiera (NIF) que emite el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A.C. (CINIF) para este tipo de actividades.

En virtud de lo anterior, esta Comisión, con fundamento en los artículos 62 y 64 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas establece el criterio que deberán observar esas instituciones para la estimación y registro de sus activos financieros.

#### **DEFINICIONES BASICAS**

**Instrumento Financiero.-** Aquel contrato que da lugar a un activo financiero para una entidad y un pasivo financiero o instrumento de capital para otra entidad.

**Costo de adquisición.-** Es el monto de efectivo o su equivalente, entregado a cambio de un activo. Los gastos de compra, incluyendo las primas o descuentos, son parte integrante del costo de adquisición. Los rendimientos devengados pagados, no cobrados al momento de la compra, representan una recuperación del costo y no forman parte de los resultados del periodo en que se cobran.

**Método de valuación costo amortizado.-** Es aquel método que se utiliza para reconocer en títulos de deuda, el valor de un activo y su efecto en resultados. Dicho método se basa en el costo original de los valores, ajustado por la amortización de premios o por los descuentos. La amortización del premio o el ajuste del descuento, tiene un impacto en resultados que aproxima el rendimiento de las inversiones con el rendimiento de mercado a la fecha de compra, ya sea por el método de interés efectivo o por el de línea recta.

**Valor o precio de mercado.-** Valor o precio de un bien o instrumento indicado por las cotizaciones de mercados de valores públicos organizados o reconocidos, tanto nacionales como internacionales. Para efectos del presente criterio, el valor de mercado de un título cotizado en el mercado mexicano será aquel que sea proporcionado por los proveedores de precios. En el caso de valores cotizados en bolsas internacionales, el valor de mercado será aquel que se dé a conocer por dichos organismos (proveedores de precios) mediante publicaciones oficiales.

**Valor Razonable.-** Es la cantidad por la cual puede intercambiarse un activo financiero, o liquidarse un pasivo financiero, entre partes interesadas y dispuestas, en una transacción en libre competencia.

**Valor neto de realización.-** Es el valor de mercado de un activo financiero neto de los costos en que se incurrió o se incurrirá al realizarlos en efectivo.

**Determinaciones Técnicas del Valor Razonable.-** Son estimaciones del valor razonable de los instrumentos financieros realizadas con base en modelos técnicos de valuación reconocidos en el ámbito financiero respaldadas por información suficiente, confiable y comprobable.

**Decremento permanente en el valor de un título.-** Movimiento hacia la baja en el valor de un instrumento financiero del cual se conocen sus causas y no se espera una apreciación posterior.

**Títulos de capital.-** Aquel título que represente cualquier evidencia de propiedad en una entidad y cuyo rendimiento no es predeterminable.

**Títulos de deuda.-** Son aquellos instrumentos financieros que en adición a que por una parte constituyen una cuenta por cobrar y por la otra una cuenta por pagar, poseen un plazo determinado y generan al poseedor de los títulos, flujos de efectivo a lo largo del plazo de los mismos. Estos títulos pueden ser cotizados o no cotizados.

**Método de interés de línea recta.-** Método para la amortización de intereses, que consiste en aplicar a resultados dichos intereses en partes iguales.

**Método de interés efectivo.-** Método para el devengamiento del rendimiento diario, que consiste en transformar la tasa de rendimiento a vencimiento en una tasa equivalente diaria, y aplicar esta última en forma compuesta al costo de adquisición del título.

**Riesgo crediticio.-** Pérdida potencial por la falta de pago de un acreditado o contraparte en las operaciones que efectúan las instituciones de fianzas.

**Valor Contable.-** Capital Contable total dividido entre el número de acciones en circulación. Esta información es reportada por la entidad emisora.

**Días de rezago.-** Número de días hábiles transcurridos tomando como punto de partida el último día hábil del mes de que se trate, en que operó el título.

**Premio.-** Es el importe que paga el reportado y que representa la compensación que da al reportador por el uso del dinero de éste en las operaciones de reporto.

**Reportadora.-** Aquella institución que adquiere instrumentos financieros por medio de un contrato de reporto, con la obligación de regresarlos o revenderlos al vencimiento de la operación, al precio pactado más un premio.

**Reporto.-** De acuerdo con el artículo 259 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito "En virtud del reporto, el reportador adquiere por una suma de dinero la propiedad de títulos de crédito, y se obliga a transferir al reportado la propiedad de otros tantos títulos de la misma especie, en el plazo convenido y contra reembolso del mismo precio, más un premio. El premio queda en beneficio del reportador, salvo pacto en contrario."

## A) DISPONIBILIDADES

### Objetivo y alcance del presente criterio

El objetivo del presente criterio es definir las reglas particulares de aplicación de las normas relativas al registro, valuación y presentación en los estados financieros de las partidas que integran el rubro de disponibilidad en el balance general de esas instituciones.

Para efectos del párrafo anterior, el rubro de disponibilidad estará integrado por los siguientes conceptos: caja, billetes y monedas, existencia en oro y plata, documentos de cobro inmediato, cuentas de cheques, cuentas productivas, cuentas maestras y demás depósitos a la vista en bancos o casas de bolsa.

### Reglas de Valuación

Las disponibilidades se valuarán a su valor nominal.

Las disponibilidades representadas por metales preciosos amonedados, se valuarán a la cotización aplicable al cierre de mes.

En el caso de moneda extranjera, deberán apegarse a lo siguiente:

- 1) Se establecerá una posición por cada divisa que se maneje.
- 2) A la posición determinada, se le aplicará la equivalencia de las monedas de diversos países con el dólar de los Estados Unidos de América, correspondiente al mes de que se trate, emitida por el Banco de México y publicada los primeros días de cada mes en el Diario Oficial de la Federación.
- 3) Una vez convertidas las divisas originales a dólares, éstos se valuarán al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, del último día hábil del mes de que se trate, emitido por el Banco de México y publicado el Diario Oficial de la Federación,
- 4) La diferencia que resulte de la valuación de las divisas de las cuentas de activo y pasivo de acuerdo a estas bases, se registrará en la cuenta 6621.- CAMBIOS.

Si hubiese en la cartera de disponibilidades de una institución, monedas de metales preciosos emitidas en el extranjero, éstas se valuarán con base en las cotizaciones internacionales respectivas. En el caso de monedas de oro que por su naturaleza no tengan valor de cotización, éstas deberán valuarse a costo de adquisición.

Los rendimientos sobre depósitos a la vista que generen intereses, se reconocerán en resultados conforme se devenguen.

### Reglas de Presentación

Los conceptos considerados como disponibilidad en los términos establecidos en el presente criterio, deberán mostrarse en el balance general de esas Instituciones, agrupadas en el rubro de "disponibilidad" el cual aparece en la parte intermedia del cuerpo del mencionado balance dentro de las partidas de activo.

Por otra parte, los cheques, tanto del país como del extranjero, que no hubieren sido efectivamente cobrados después de dos días hábiles de haberse depositado, y los que habiéndose depositado hubieren sido objeto de devolución, se deberán llevar contra el saldo de deudores diversos. Cuando exista certeza o evidencia de que estos documentos no serán recuperables, éstos deberán castigarse directamente contra resultados.

## B) INVERSIONES EN INSTRUMENTOS FINANCIEROS

### Objetivo y Alcance del presente Criterio

El objetivo del presente criterio es definir las reglas particulares de aplicación de las normas relativas al registro, valuación y presentación en los estados financieros, por la tenencia y rendimientos que obtengan esas instituciones, como consecuencia de sus inversiones en instrumentos financieros.

Son materia del presente criterio, los siguientes aspectos:

- a) Reconocimiento inicial del costo de adquisición de las inversiones;
- b) Reconocimiento de las ganancias o pérdidas que se obtengan por la tenencia o venta de inversiones.
- c) Establecer los lineamientos para la transferencia entre las categorías de activos financieros.

Los criterios aquí establecidos serán aplicables a todos los instrumentos financieros existentes (excepto instrumentos financieros derivados), tanto en los mercados nacionales como internacionales.

**TÍTULOS DE DEUDA**

Al momento de la adquisición, estos instrumentos deberán clasificarse para su valuación y registro dentro de alguna de las siguientes categorías: títulos para financiar la operación, títulos para conservar a vencimiento o títulos disponibles para su venta.

La separación entre las categorías a que se refiere el párrafo anterior la harán las administraciones de las instituciones de fianzas, tomando como base la intención que se tenga respecto de la utilidad de los títulos así como la capacidad financiera al momento de realizar la inversión.

**Títulos de Deuda para Financiar la Operación**

Son aquellos que la administración de la institución, tiene en posición propia, con la intención de cubrir reclamaciones y gastos de operación.

**Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos adquiridos para financiar la operación se registrarán a su costo de adquisición. La diferencia en la valuación de un periodo a otro de los títulos deberá registrarse en el estado de resultados del periodo en el que ocurre. En la fecha de su enajenación, se reconocerá el resultado por compra venta por el diferencial entre el valor neto de realización y el costo de adquisición del mismo.

**Reglas de Valuación**

El devengamiento del rendimiento de los títulos de deuda (intereses, cupones o equivalentes, se excluyen títulos a descuento), se realizará conforme al método de interés efectivo o línea recta, según corresponda de acuerdo a la naturaleza del mismo. Dichos rendimientos se deberán reconocer como realizados en el estado de resultados.

La inversión original de los títulos de deuda cotizados (se incluyen los títulos a descuento) se valorará a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios, o bien, por publicaciones oficiales especializadas en mercados internacionales. En caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado dentro de los 20 días hábiles previos al de la valuación, dicha valuación se deberá realizar al cierre de cada mes. La inversión original de los títulos de deuda no cotizados se valorará a su valor razonable, el cuál deberá obtenerse utilizando determinaciones técnicas del valor razonable.

De no existir cotización de acuerdo al plazo anterior, se tomará como precio actualizado para valuación, el costo de adquisición, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes.

En ambos casos, los ajustes resultantes de las valuaciones se llevarán directamente contra los resultados del ejercicio. En el caso de operaciones que comprenden dos o más periodos contables de registro, el monto a reflejar como resultado por valuación, será la diferencia que resulte entre el último valor en libros y el valor determinado en función de los precios de mercado (o equivalentes) al momento de la valuación. Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se redima o venda la inversión tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

**Títulos de Deuda para Conservar a Vencimiento**

Sólo podrán clasificar valores en esta categoría, aquellas instituciones que cuenten con la capacidad financiera para mantenerlos a vencimiento, sin menoscabo de su liquidez y que no existan limitaciones legales o de otra índole que pudieran impedir la intención original.

Las instituciones de fianzas no deberán clasificar un instrumento como conservado a vencimiento, si sólo tiene la intención de mantenerlo por un periodo indefinido y como consecuencia de expectativas relacionadas con cambios en las tasas de interés del mercado o necesidades de liquidez, o bien, cambios en las fuentes de recursos o riesgos en los tipos de cambio de las monedas extranjeras.

**Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos adquiridos para ser conservados hasta su vencimiento se registrarán a su costo de adquisición.

**Reglas de Valuación**

El devengamiento del rendimiento de los títulos de deuda (intereses, cupones o equivalentes, se excluyen títulos a descuento), se realizará conforme al método de interés efectivo o línea recta, según corresponda de acuerdo a la naturaleza del mismo. Dichos rendimientos se deberán reconocer como realizados en el estado de resultados.

Las inversiones originales de los títulos de deuda, cotizados y no cotizados, se valorarán con base al método de interés efectivo o línea recta, dándole efecto contable a esta valuación al cierre de cada mes de que se trate.

Los ajustes resultantes de las valuaciones determinadas se llevarán directamente contra los resultados del ejercicio. En el caso de operaciones que comprenden dos o más periodos contables de registro, el monto a reflejar como resultado por valuación, será la diferencia que resulte entre el último valor en libros y el nuevo valor determinado. Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se redima o venda la inversión tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

**Títulos de Deuda Disponibles para la Venta**

Son aquellos activos financieros que no son clasificados como inversiones a ser mantenidas para su vencimiento o activos financieros clasificados para financiar la operación.

**Reglas de Registro**

Al momento de la compra, se registrarán a su costo de adquisición.

**Reglas de Valuación**

El devengamiento del rendimiento de los títulos de deuda (intereses, cupones o equivalentes, se excluyen títulos a descuento), se realizará, ya sea a través de interés efectivo o línea recta, según corresponda de acuerdo a la naturaleza del mismo. Dichos rendimientos se deberán reconocer como realizados en el estado de resultados.

Por lo que corresponde a la inversión original de los títulos de deuda cotizados (se incluyen los títulos a descuento) se valorará a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o bien, por publicaciones oficiales especializadas en mercados internacionales. En caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado dentro de los 20 días hábiles previos al de la valuación, dicha valuación se deberá realizar al cierre de cada mes. La inversión original de los títulos de deuda no cotizados se valorará a su valor razonable, el cual deberá obtenerse utilizando determinaciones técnicas del valor razonable.

De no existir cotización de acuerdo al plazo anterior, se tomará como precio actualizado para valuación, el costo de adquisición, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes.

La diferencia resultante de la valuación conforme a mercado, y la valuación conforme al método de interés efectivo o línea recta utilizados para el devengamiento del rendimiento de los títulos, así como su correspondiente efecto por posición monetaria deberán ser reconocidos en el Capital Contable en las cuentas de superávit o déficit por valuación de valores, de títulos de deuda disponibles para la venta según corresponda, hasta en tanto dichos instrumentos financieros no se vendan o se transfieran de categoría.

Al momento de su venta los efectos reconocidos anteriormente en el Capital Contable, deberán reconocerse en los resultados del periodo.

La inversión original de los títulos de deuda no cotizados se valorará a su valor razonable, el cual deberá obtenerse utilizando determinaciones técnicas del valor razonable.

Los dividendos en efectivo, intereses, premios y/o descuentos devengados, generados por estos instrumentos, deben ser reconocidos en los resultados en el periodo conforme se devenguen.

**Consideraciones especiales para los títulos de deuda no cotizados**

Cuando una institución obtenga evidencia suficiente de que un título de deuda no cotizado presente riesgo de crédito o de que el valor estimado experimenta un decremento permanente en su valor, el costo del título registrado en la contabilidad deberá ajustarse mediante el registro en la estimación por baja correspondiente. En este contexto, dicho valor deberá reducirse de acuerdo a las estimaciones que de los propios títulos hagan esas instituciones.

Para los efectos del párrafo anterior, el valor de estimación se calculará tomando como base los nuevos flujos esperados de efectivo, descontados a la tasa implícita original del título.

El monto por el cual se reduce el valor del título deberá llevarse a resultados en el momento en que esto ocurra.

Si en fecha posterior a que el valor de un título de deuda no cotizado fue reducido, existe certeza de que el emisor cubrirá un monto superior al estimado, se podrá hacer una nueva estimación del valor del título.

El efecto de esta valuación deberá reconocerse en resultados dentro del ejercicio o cuando esto ocurra.

Por ningún motivo esta valuación podrá ser superior al valor del costo amortizado que se tenga a la fecha.

**Consideraciones especiales para los títulos de deuda cotizados**

Cuando una emisora quede suspendida, haya incumplido con sus obligaciones de pago de intereses y/o amortización de capital y el último hecho de mercado tenga más de 20 días de rezago, deberá reconocerse como precio actualizado para valuación el costo de adquisición.

**TITULOS DE CAPITAL (ACCIONES)****Títulos de Capital para Financiar la Operación**

Son aquellos que la administración de la institución tiene en posición propia, con la intención de cubrir reclamaciones y gastos de operación.

**Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos de capital adquiridos para financiar la operación se registrarán a su costo de adquisición.

**Reglas de Valuación**

Las inversiones en acciones cotizadas, se valorarán a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o por publicaciones oficiales especializadas en Mercados Internacionales. Únicamente en caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado tomando como precio actualizado para valuación el valor contable de la emisora o el costo de adquisición, el menor, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes de que se trate.

Los ajustes resultantes de las valuaciones a que se refieren las disposiciones anteriores, incrementarán o disminuirán mensualmente, según corresponda, y se llevarán a resultados. En el caso de operaciones que comprendan dos o más periodos contables, el monto a reflejar como utilidad o pérdida por valuación será la diferencia que resulte entre el último registro en libros y el valor de mercado al momento de la valuación.

Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se venda la inversión tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

#### **Títulos de Capital Disponibles para su Venta**

Son aquellos que la administración de la institución tiene en posición propia, sin la intención de cubrir reclamaciones y gastos de operación. Pudiendo ser con carácter temporal o permanente.

#### **Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos de capital adquiridos para mantenerlos disponibles para su venta se registrarán a su costo de adquisición.

#### **Reglas de Valuación**

Las inversiones en acciones cotizadas se valorarán a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o por publicaciones oficiales especializadas en Mercados Internacionales. En caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado dentro de los 20 días hábiles previos al de la valuación. De no existir cotización de acuerdo al plazo anterior, se tomará como precio actualizado para valuación el valor contable de la emisora, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes de que se trate.

El valor inicial de registro de acciones no cotizadas se modificará al final de cada periodo contable, utilizando el valor contable; cuando dicho valor se determine con base a estados financieros dictaminados, éste será su valor actualizado.

Los ajustes resultantes de las valuaciones a que se refieren las disposiciones anteriores, incrementarán o disminuirán mensualmente, según corresponda, y se llevarán a las cuentas de capital denominadas superávit o déficit por valuación de valores, de títulos de capital.

Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se venda la inversión tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

La valuación de acciones de instituciones de seguros que no cotizan en Bolsa, se determinará por la suma del capital contable y la reserva de riesgos catastróficos, dividida entre el número de acciones en circulación.

La valuación de acciones de instituciones de fianzas que no cotizan en Bolsa, se determinará por la suma del capital contable y la reserva de contingencia, dividida entre el número de acciones en circulación.

Cabe destacar dentro de esta clasificación que si se trata de inversiones permanentes en acciones, deberán apegarse a lo estipulado en la NIF B-8 "Estados financieros consolidados y combinados y valuación de inversiones permanentes en acciones".

#### **Reglas de Presentación**

La presentación en el balance general de las instituciones de fianzas, de las inversiones clasificadas según se ha comentado, será de acuerdo a las subcuentas que para el efecto establezca esta Comisión en el catálogo de cuentas.

#### **Instrumentos financieros con tratamiento especial**

Los reportos operados en mercado de dinero, así como los certificados de depósito a plazo y los pagarés con rendimiento liquidable al vencimiento expedidos en ventanilla, tanto en moneda nacional como extranjera, por sus características particulares, se considerarán, dentro de la clasificación "Títulos para Conservar a Vencimiento" y tendrán las mismas reglas de registro y valuación que los demás títulos de deuda de esta clasificación, cabe destacar que las instituciones de fianzas sólo podrán participar, en el caso de reportos, como reportadoras.

La presentación en el balance general de los reportos se realizará dentro de los rubros correspondientes a "Valores Gubernamentales o Empresas Privadas ya sean del sector financiero o no financiero" dependiendo de la naturaleza de los títulos del reporte.

#### **Transferencia de Inversiones entre Categorías**

Las transferencias entre categorías de los activos financieros deben ser en general, poco comunes o raras, partiendo del hecho de que la clasificación original en el momento de su adquisición, debe ser perfectamente establecida y clara, con base en la intención y capacidad financiera original.

Las transferencias entre las categorías de activos financieros sólo son admisibles cuando la intención original para la clasificación de estos activos se vea afectada por los cambios en la capacidad financiera de la entidad, o por un cambio en las circunstancias que obliguen a modificar la intención original.

#### **Instrumentos financieros conservados a vencimiento**

Las instituciones que clasifiquen originalmente su inversión en instrumentos financieros conservados a vencimiento, tienen que verificar su capacidad para financiar estos activos y que no existan limitaciones legales o de otra índole que pudieran impedir la intención original.

No se clasificará un instrumento financiero como conservado a vencimiento, si sólo se tiene la intención de mantenerlo por un periodo indefinido y como consecuencia de expectativas relacionadas con cambios en las tasas de interés del mercado o necesidades de liquidez, o bien, cambios en las fuentes de recursos o riesgos en los tipos de cambio de las monedas extranjeras.

Cuando una institución muestre incapacidad financiera o surjan circunstancias que obliguen a modificar su intención original de mantener instrumentos financieros a vencimiento, el resto del portafolio así clasificado, debe ser evaluado y, en su caso, reclasificado o transferido a la categoría de disponibles para su venta.

La transferencia de esta categoría a la de disponibles para su venta, sin que se muestre incapacidad financiera o surjan circunstancias que obliguen a modificar la intención original de la institución, referida en el párrafo anterior, sólo aplicaría si la entidad demuestra que se trata de:

- a) Una transacción aislada, no recurrente, debido a un evento fuera de su control y que no pudo ser anticipada por la entidad; o
- b) Que la transacción es a una fecha muy cercana al vencimiento del o los instrumentos; o
- c) Que la transacción ocurre después de haber recuperado la mayor parte de los derechos originales al cobro.

#### **Instrumentos financieros clasificados como disponibles para su venta**

Si como resultado de cambios en la intención, o en los casos poco frecuentes en que dejen de encontrarse disponibles valores razonables confiables o que la capacidad financiera de la entidad permita mantener los instrumentos a vencimiento, es más apropiado valorar los activos financieros a su costo de adquisición y, por tanto, procede su reclasificación a instrumentos conservados a vencimiento.

#### **Instrumentos para financiar la operación**

No se permite la transferencia de instrumentos clasificados originalmente para financiar la operación a cualquiera de las otras categorías de instrumentos financieros. Tampoco se permite la transferencia de instrumentos financieros de otras categorías a la de instrumentos para financiar la operación.

En adición a lo mencionado en los párrafos anteriores cuando esas instituciones efectúen transferencias de categorías deberán contar con la aprobación de su Comité de Inversiones, así como que las coberturas de reservas técnicas y de requerimiento mínimo de capital base de operaciones, no presenten faltantes derivados de dichas operaciones. Para tales efectos, esas instituciones deberán presentar ante esta Comisión, dentro de los diez días naturales siguientes al cierre del mes en el que se efectuó la operación, la documentación que se detalla a continuación:

- 1.- Carta en la que señalen los motivos y justificación de dichas transferencias;
- 2.- Copia de las pólizas contables de los movimientos realizados, y
- 3.- Acta o Acuerdo del Comité de Inversiones en donde conste la aprobación de las transferencias citadas.
- 4.- Detalle de los títulos a reclasificar, indicando número de títulos, emisor, serie, tipo de valor, fecha de adquisición y de vencimiento, así como las categorías involucradas en la reclasificación.

En todos los casos, las instituciones deberán revelar en la nota denominada "valuación de activos, pasivos y capital", de la Circular mediante la cual se emiten las disposiciones de carácter general sobre notas a los estados financieros anuales de las instituciones de fianzas vigente, lo siguiente:

- i) Una explicación de los motivos por los cuales se optó por realizar la reclasificación de categorías.
- ii) El impacto cuantitativo y contable del cambio en la clasificación de los títulos.
- iii) El importe total de los títulos reclasificados.

Si a pesar de las limitaciones y consideraciones explicadas en los párrafos anteriores, ocurren transferencias entre las categorías de instrumentos financieros, se observará lo siguiente:

a) Aquellos títulos de deuda, transferidos de la categoría de conservar a vencimiento hacia títulos disponibles para su venta, se deberán valorar a partir de ese momento a precio actualizado, llevando la diferencia entre valor mercado y el que se tenga registrado bajo el método de interés efectivo o línea recta a la cuenta de capital denominada "superávit o déficit por valuación de títulos de deuda".

b) Los instrumentos financieros clasificados como disponibles para su venta, transferidos a la categoría de conservados a vencimiento, las ganancias o pérdidas no realizadas, mientras se mantuvieron en su categoría original de disponibles para su venta y reconocidos como una partida dentro del capital contable, permanecerán en esta misma cuenta, pero serán amortizadas durante el periodo de vida remanente del instrumento, con cargo a los resultados del periodo y en forma similar a la amortización de los premios o descuentos.

#### **Venta anticipada de instrumentos clasificados como "Títulos para Conservar a Vencimiento"**

Esas instituciones podrán realizar esta venta anticipada, cuando derivado de sus operaciones, se encuentren ante la imposibilidad de realizar inmediatamente las garantías de recuperación para hacer frente al pago de reclamaciones. En cualquier otro caso, se requerirá de la previa autorización de esta Comisión.

#### **Venta anticipada de Títulos de Capital clasificados como "Disponibles para su Venta"**

Esas instituciones podrán realizar esta operación cuando se perciban circunstancias extraordinarias que pudieran afectar su liquidez. En cualquier otro caso, se requerirá de la previa autorización de esta Comisión.

En todos los casos de ventas anticipadas, deberá contarse con la aprobación del Comité de Inversiones de la institución de que se trate, así como que las coberturas de reservas técnicas y de requerimiento mínimo de capital base de operaciones no presenten faltantes derivados de tales operaciones.

Asimismo, deberán presentar ante esta Comisión dentro de los diez días naturales siguientes al cierre del mes en el que se efectuó la operación, la documentación que se detalla a continuación:

- 1.- Carta en la que señalen los motivos de dichas ventas anticipadas;
- 2.- Copia de las pólizas contables de los movimientos realizados, y
- 3.- Acta o Acuerdo del Comité de Inversiones en donde conste la aprobación de las ventas anticipadas realizadas.

Es importante señalar que, para afectación de las inversiones financieras a las coberturas, tanto de reservas técnicas como del requerimiento mínimo de capital base de operaciones, deberán apegarse a las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de Fianzas en Vigor y de Contingencia de las Instituciones de Fianzas y a las Reglas para el Requerimiento Mínimo de Capital Base de Operaciones de las Instituciones de Fianzas, y a través de las que se fijan los requisitos de las Sociedades Inmobiliarias de las propias Instituciones.

Finalmente, para efectos del reconocimiento del deterioro de valor de los activos financieros y para los casos específicos que no se consideren en el presente criterio, esas instituciones deberán apegarse a lo establecido en la NIF C-2 Instrumentos Financieros emitida por el CINIF.

#### TRANSITORIAS

**PRIMERA.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y sustituye y deja sin efectos a la diversa F-8.1 del 19 de septiembre de 2007, publicada en dicho Diario el 27 del mismo mes y año.

**SEGUNDA.-** A efecto de propiciar una adecuada recomposición de los portafolios de inversión de las instituciones de fianzas ante las actuales circunstancias en los mercados financieros, y tomando en cuenta que en las disposiciones emitidas por esta Comisión en materia de disponibilidades e inversiones temporales publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de septiembre de 2007 mediante las cuales se incluyó la categoría de «*títulos disponibles para su venta*», no se consideró la posibilidad para que esas instituciones pudieran reclasificar la intencionalidad de sus inversiones catalogadas de «*títulos para financiar la operación*» a «*títulos disponibles para su venta*», esas instituciones podrán llevar a cabo, por única ocasión, la reclasificación de títulos clasificados originalmente en la categoría de «*títulos para financiar la operación*» a la categoría de «*títulos disponibles para su venta*» con fecha valor al 1o. de octubre de 2008.

Las instituciones de fianzas que deseen llevar a cabo la reclasificación a que se refiere el párrafo anterior, deberán apegarse a lo siguiente:

1. Que los instrumentos objeto de dicha reclasificación no hayan sufrido deterioro en su valor en virtud de cualquiera de las siguientes causas:
  - a) Que el emisor muestre problemas financieros importantes.
  - b) Que exista incumplimiento actual de las cláusulas del contrato, tales como la falta de pago de los intereses o capital.
  - c) Que existan concesiones o modificaciones a las cláusulas originales del contrato, aceptadas por el tenedor del activo financiero, provenientes de los problemas económicos o legales del emisor.
  - d) Que exista alta probabilidad de quiebra, suspensión de pagos o de una reorganización financiera del emisor del instrumento financiero.
  - e) Que se haya presentado reconocimiento de pérdidas por deterioro en periodos anteriores, sobre el mismo activo financiero.
  - f) Que haya desaparecido el instrumento financiero en el mercado activo donde se encontraba listado, debido a las dificultades financieras del emisor.
  - g) Que se haya reducido la calificación crediticia del emisor, efectuada por las calificadoras de riesgos crediticios, y que afecte el valor razonable del instrumento financiero.
2. Que las instituciones de fianzas cuenten con «*títulos para financiar la operación*» por un monto suficiente para cubrir sus requerimientos de liquidez una vez realizada la reclasificación. En este sentido, esas instituciones deberán considerar como necesidades de liquidez, los requerimientos mínimos de inversiones para cubrir las reservas técnicas de corto plazo conforme lo que se establece en las "Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de Fianzas en Vigor y de Contingencia de las Instituciones de Fianzas".
3. Los superávits o minusvalías que se hubieran generado como resultado de haber tenido clasificada una inversión en la categoría de «*títulos para financiar la operación*», se mantendrán afectando las cuentas de resultados hasta el 30 de septiembre de 2008; a partir del 1o. de octubre de 2008, se afectarán las cuentas respectivas del capital contable.
4. Las inversiones objeto de la reclasificación a que se refiere la presente disposición transitoria, permanecerán valuadas en la categoría de «*títulos disponibles para su venta*» y no serán susceptibles para ser reclasificadas a la categoría de «*títulos para conservar a vencimiento*» con fecha anterior a la de entrada en vigor de esta Circular.

**TERCERA.-** Las instituciones sólo podrán efectuar la reclasificación a que se refiere la disposición Segunda transitoria anterior, de manera previa al cierre contable del ejercicio de 2008.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en los artículos 68 fracción VI de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 18 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

**CIRCULAR S-8.4 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de seguros, el modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S-8.4**

**Asunto:** Se da a conocer modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida.

A las instituciones de seguros

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Comisión, después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y de las instituciones de seguros, da a conocer el modelo de contrato de adhesión de la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida, que esas instituciones deberán utilizar como producto básico estandarizado en complemento a su oferta regular de productos, el cual considera condiciones contractuales uniformes y de fácil comprensión, a fin de garantizar que la población mexicana se encuentre en posibilidad de comparar la prima de tarifa de este producto que fije cada una de las instituciones, con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población.

En tal virtud, anexo a la presente Circular, se acompaña el modelo de contrato de adhesión y demás documentación contractual del producto básico estandarizado de la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida, al que deberán apegarse esas instituciones.

Para el registro del producto básico estandarizado, esas instituciones de seguros deberán observar lo previsto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Circular S-8.1 vigente, emitida por esta Comisión, previendo que la nota técnica en la que cada institución sustente la tarificación de la prima, guarde congruencia con el presente modelo.

Al solicitar el mencionado registro, esas instituciones deberán indicar en la pantalla de captura del sistema de registro de productos, que se trata del modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida; asimismo, en el dictamen jurídico, deberán señalar que las cláusulas de la documentación contractual corresponden en su integridad a las cláusulas del modelo de contrato de adhesión de la cobertura de fallecimiento, en la operación de vida, a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que se dan a conocer por la presente Circular.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Las instituciones de seguros deberán efectuar el registro y ofrecer al público el producto básico estandarizado a que se refiere la presente Circular, dentro de los 180 días naturales siguientes al de su entrada en vigor.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

## ANEXO 1

**SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE LA  
COBERTURA DE FALLECIMIENTO, EN LA OPERACIÓN DE VIDA.**

**SEGURO TEMPORAL DE VIDA INDIVIDUAL A 5 AÑOS**

<b>Tipo de seguro</b>	Seguro de Vida Individual
<b>Plan</b>	<b>Temporal a 5 años renovable</b>
	* En la renovación se aplicará la tarifa en vigor de acuerdo a la edad alcanzada.
	* Renovación vitalicia
<b>Cobertura</b>	Fallecimiento, sin beneficios adicionales ni inversión
<b>Moneda</b>	Nacional
<b>Suma Asegurada</b>	\$100,000.00
	\$200,000.00
	\$300,000.00
	Monto máximo de cobertura por persona
<b>Edades de Aceptación</b>	Mínima: 18 años
	Máxima: 65 años
<b>Forma de Pago</b>	Anual, no aplica pago fraccionado
<b>Periodo de Gracia para Pago de Prima</b>	30 días
<b>Periodo de Disputabilidad</b>	5 años
<b>Tarifa por aseguradora.</b>	* Se definirá una tarifa por edad y sexo.
	* La tarifa será a nivel nacional.
	* Cada aseguradora definirá si aplica una Prima Mínima como parte de su tarifa.
<b>Conductos de Venta</b>	Se podrá realizar por cualquier conducto que la aseguradora tenga autorizado.

## INDICE

## CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
  - 1.1 CONTRATANTE
  - 1.2 ASEGURADO
  - 1.3 BENEFICIARIO
  - 1.4 POLIZA O CONTRATO DE SEGURO
  - 1.5 SOLICITUD
  - 1.6 ENDOSO
  - 1.7 PRIMA
  - 1.8 SUMA ASEGURADA
  - 1.9 SINIESTRO
  - 1.10 PERIODO DE GRACIA
  - 1.11 RECIBO DE PAGO
  - 1.12 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
  - 1.13 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
  - 1.14 LEY
2. OBJETO DEL SEGURO
3. DESCRIPCION DEL SEGURO DE VIDA
  - 3.1 PROTECCION O COBERTURA
4. SINIESTRO
  - 4.1 AVISO DEL SINIESTRO
  - 4.2 COMPROBACION DEL SINIESTRO
  - 4.3 PAGO DEL SINIESTRO
5. CLAUSULAS GENERALES
  - 5.1 VIGENCIA DEL CONTRATO
  - 5.2 RENOVACION AUTOMATICA Y VITALICIA
  - 5.3 TERMINACION Y/O CANCELACION DEL CONTRATO
  - 5.4 REHABILITACION
  - 5.5 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES
  - 5.6 RECTIFICACION DE LA POLIZA
  - 5.7 OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS
  - 5.8 DISPUTABILIDAD
  - 5.9 PRIMAS
  - 5.10 CARENCIA DE RESTRICCIONES
  - 5.11 PERIODO DE GRACIA
  - 5.12 LUGAR DE PAGO
  - 5.13 PERIODICIDAD
  - 5.14 EDAD
  - 5.15 BENEFICIARIOS
  - 5.16 SUICIDIO
  - 5.17 INTERES MORATORIO
  - 5.18 COMPETENCIA
  - 5.19 PRESCRIPCION
  - 5.20 MONEDA
  - 5.21 INTERMEDIACION O REVELACION DE COMISIONES
  - 5.22 REGIMEN FISCAL

## CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
  - 1.1 **Contratante.**  
Persona física o moral señalada en la Póliza que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceros, la cual se obliga a efectuar el pago de las Primas correspondientes al seguro. El Contratante podrá ser el propio Asegurado, en caso de que sea diferente, se hará constar en la Póliza su consentimiento.
  - 1.2 **Asegurado.**  
Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza.
  - 1.3 **Beneficiario.**  
Persona o personas que por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en su proporción correspondiente.

**1.4 Póliza o Contrato de Seguro.**

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

**1.5 Solicitud de Seguro.**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

**1.6 Endoso.**

Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

**1.7 Prima.**

Cantidad que deberá pagar el Contratante del seguro como condición para mantener vigente la Póliza, cuyo monto se señala en la carátula de la Póliza.

**1.8 Suma Asegurada.**

Cantidad establecida en la carátula de la Póliza por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder el Siniestro.

**1.9 Siniestro.**

Fallecimiento del Asegurado que produce efecto sobre esta Póliza.

**1.10 Periodo de Gracia.**

Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

**1.11 Recibo de Pago.**

Es el documento expedido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

**1.12 Fecha de Inicio de Vigencia.**

Fecha a partir de la cual da inicio la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

**1.13 Fecha de Término de Vigencia.**

Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

**1.14 Ley.**

Se refiere a la Ley sobre el Contrato de Seguro.

**2. OBJETO DEL SEGURO**

Nombre de la Compañía en adelante denominada la Compañía, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada prevista en este Contrato de Seguro, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado y se cumpla con lo establecido en el numeral 4.2.

**3 DESCRIPCIÓN DEL SEGURO DE VIDA****3.1 Protección o Cobertura.**

La Compañía pagará a los Beneficiarios en una sola exhibición la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que éste fallezca mientras el Contrato de Seguro esté vigente. Si el Asegurado sobrevive al término del mismo, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

**4 SINIESTRO.****4.1 Aviso del Siniestro.**

El Contratante y/o Beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del fallecimiento del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 de la Ley.

**4.2 Comprobación del Siniestro.**

El Beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir a los Beneficiarios designados, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales pueden determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

**Información para el pago del Siniestro**

- a. Solicitud de reclamación del (los) Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.
- b. Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del Asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
- c. Acta de Defunción (copia certificada).
- d. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
- e. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).

- f. Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- g. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- h. Identificación Asegurado y Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
- i. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- j. En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).
- k. Póliza original: En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.

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

#### 4.3 Pago del Siniestro.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en una sola exhibición en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza, y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de la Póliza.

La Compañía tendrá derecho de compensar las Primas que se le adeuden.

LA COMPAÑÍA hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

#### 5 CLAUSULAS GENERALES

Esta Póliza, sus Endosos, la Solicitud de Seguro, así como los Recibos de Pago de Primas, constituyen prueba de este Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, que sólo podrá ser modificado mediante previo acuerdo entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado haciéndose constar por escrito mediante Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

##### 5.1 Vigencia del Contrato.

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la Fecha de Inicio de Vigencia y la Fecha de Término de Vigencia, estipuladas en la Carátula de Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato.

##### 5.2 Renovación Automática y Vitalicia.

Esta Póliza se renovará automáticamente y por periodos sucesivos de 5 (cinco) años una vez que se alcance el fin de Vigencia del Contrato estipulado en la Carátula de la Póliza. Lo anterior, salvo notificación en contrario del Contratante, comunicada con una anticipación de al menos 30 (treinta) días naturales anteriores a la Fecha de Término de Vigencia de la misma.

La renovación automática se otorgará, de manera vitalicia sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad cuando haya sido asegurado dentro del periodo de aceptación, sujeta a las siguientes condiciones:

1. La Suma Asegurada al inicio de cada renovación automática coincidirá con la vigente en el periodo anterior, salvo que el Contratante solicite por escrito su modificación al inicio de la renovación automática, en caso de solicitar un incremento de Suma Asegurada deberá notificar los cambios que modifiquen lo declarado en la Solicitud de seguro y la misma fuera aprobada por la Compañía cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.
2. Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación automática, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación automática.
3. En cada renovación automática la Compañía hará constar la Suma Asegurada, Fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, Fecha de Término de Vigencia de la renovación, plazo del seguro de 5 (cinco) años, plazo de pago de Primas de 5 (cinco) años y la Prima correspondiente.

##### 5.3 Terminación y/o Cancelación del Contrato.

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la Compañía y sin notificación alguna, en los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de Primas. La terminación de la Póliza causará efecto, una vez transcurrido el Periodo de Gracia concedido, según lo establecido en la cláusula 5.11 del presente apartado, si no se ha recibido el pago de la(s) Prima(s) correspondiente(s).
- b. Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- c. Cuando a petición del Contratante, la Póliza no sea renovada.
- d. A la fecha de ocurrencia del Siniestro.

**5.4 Rehabilitación.**

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que la Compañía tiene expresamente para este fin.
- b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidas por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
- c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

**5.5 Modificaciones y Notificaciones.**

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, que consten por escrito en la Póliza, o mediante Endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán ser firmados por el funcionario autorizado de la Compañía. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier modificación respecto a la designación de Beneficiarios sólo podrá efectuarla el Asegurado.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio de la Compañía que aparece en la carátula de la Póliza. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado dentro de la vigencia de la Póliza.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

**5.6 Rectificación de la Póliza.**

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado, podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

**5.7 Omisiones o Declaraciones Inexactas.**

El Contratante y/o el Asegurado, está(n) obligado(s) a declarar por escrito a la Compañía en la Solicitud del Seguro, exámenes médicos y cuestionarios adicionales, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del Siniestro.

**5.8 Disputabilidad.**

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años, por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el Artículo 47 de la Ley, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

Lo anterior aplica para el incremento de suma asegurada y los 5 (cinco) años contarán a partir de que se autorice el aumento correspondiente.

**5.9 Primas.**

El Contratante deberá pagar la Prima anual a partir de su vencimiento y durante el plazo de pago estipulado en la carátula de la Póliza equivalente a 5 (cinco) años.

Mientras esta Póliza esté en vigor, la Compañía no podrá modificar las Primas, salvo que se modifique el riesgo pactado.

Se excluye del alcance de esta cláusula a los gastos de expedición, mismos que corresponderán a los que estén en vigor al momento de la expedición del recibo correspondiente.

**5.10 Carencia de restricciones.**

Este Contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida del Asegurado.

**5.11 Periodo de Gracia.**

El Contratante dispondrá anualmente de un Periodo del Gracia de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de Prima. Transcurrido este plazo, si no se ha efectuado el pago de la Prima, la Compañía procederá a cancelar la Póliza. Este periodo de tiempo es contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia y de acuerdo con lo estipulado en los Recibos de pago de Primas, si ocurriera el Siniestro durante este periodo de tiempo, se deducirá el monto de la Prima no pagada de la indemnización a entregar.

**5.12 Lugar de Pago.**

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el Contratante, a cambio del Recibo de Pago correspondiente, en este último caso el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

**5.13 Periodicidad.**

Las Primas tienen periodicidad anual.

**5.14 Edad.**

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.

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

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado 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 pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad; y
- d. Si con posterioridad al fallecimiento 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 Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

**5.15 Beneficiarios.**

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

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

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

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

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

#### **Cambio de Beneficiarios.**

Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

#### **5.16 Suicidio.**

**En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia de esta Póliza o de su última rehabilitación, la obligación de la Compañía se limitará a devolver la Reserva Matemática disponible en la fecha del fallecimiento. Lo señalado en el texto anterior, aplica sin importar la causa y el estado físico y/o mental del Asegurado y también para el incremento de suma asegurada que en su caso se efectúe en la renovación.**

#### **5.17 Interés Moratorio.**

En el 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 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 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Ley Sobre el Contrato de Seguro. Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a 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.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

**VIII.-** Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

#### **5.18 Competencia.**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Compañía 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

#### **5.19 Prescripción.**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

#### **5.20 Moneda.**

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o por la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

#### **5.21 Intermediación o Revelación de Comisiones.**

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

#### **5.22 Régimen Fiscal.**

El Régimen Fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago de la indemnización a los Beneficiarios.

**“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.”**

## ANEXO 3

LOGO COMPAÑÍA

Solicitud No. **Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual**

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras ó falta alguno de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

**DATOS DEL SOLICITANTE****Nombre completo del Solicitante**

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
-----------	------------------	------------------

**Fecha de Nacimiento**

Día	Mes	Año

**Sexo****Edad****Estado Civil****Nacionalidad****Ciudad y Estado de Nacimiento**

--	--	--

En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Si ( ) No ( )

**Datos laborales**

Nombre de la Empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores	Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	Describa en que consisten sus labores	Empresa en que desempeña sus labores

**Domicilio Particular**

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia	Ciudad o Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular Teléfono Oficina Correo Electrónico

**DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)****Nombre completo del Contratante**

<b>Nombre y/o Razón Social:</b> Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
<b>Relación con el solicitante:</b>		

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	------	--------------------	---------------------

**Domicilio Particular**

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado Código Postal

**DATOS DEL PLAN**

<b>Nombre del Plan</b>	<b>Suma Asegurada (Moneda nacional): Elegir sólo una opción</b>	<b>Forma de pago</b>
Temporal a 5 años Renovable	100,000 ( )      200,000 ( )      300,000 ( )	<b>ANUAL</b>

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

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

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

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

Nombre(s) del(os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

**OTROS SEGUROS DE VIDA**

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? Si ( ) No ( )

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si ( ) No ( ) En caso afirmativo ¿Por qué motivo?

**Cuestionario Médico**

Peso \_\_\_\_\_ kg Estatura \_\_\_\_\_ cm

Fuma Si  No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. *Diabetes* Si  No
2. *Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma* Si  No
3. *Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus* Si  No
4. *Cirrosis hepática, hepatitis c o insuficiencia hepática* Si  No
5. *Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón* Si  No
6. *Insuficiencia renal o pancreatitis* Si  No
7. *Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral* Si  No
8. *VIH, sida o seropositivo al VIH* Si  No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a (nombre compañía de seguros), aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que (nombre compañía de seguros), lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a (nombre compañía de seguros) la información de su conocimiento y que a su vez (nombre compa

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

**PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA**

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del (los) Agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Le consta que el cliente lleno y firmó esta solicitud? Si ( ) No ( )

\*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número(s) \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_.

CIRCULAR S-8.4

ANEXO 4

**LOGOTIPO****FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

ESTE DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA POR EL MÉDICO QUE EXTENDIÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
No. DE PÓLIZA:	TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL, GRUPO O COLECTIVO):		No. DE CERTIFICADO:
RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:	CIUDAD:	ESTADO:	EDAD AL FALLECIMIENTO:
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DEL FALLECIMIENTO	DIA   MES   AÑO
EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN EL HOSPITAL O SANATORIO ¿CUÁL?:		¿TIEMPO DE CONOCER AL ASEGURADO?	
¿TIEMPO DE ATENDER AL ASEGURADO?	¿CUÁNDO FUE UD. CONSULTADO POR PRIMERA VEZ ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO?		
EN CASO DE NO HABERLO TRATADO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE EXTIENDE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?			
¿HUBO EN LA MUERTE DEL ASEGURADO EFECTOS DIRECTOS O INDIRECTOS CAUSADOS POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS U OTROS TIPOS DE ESTIMULANTES O ENERVANTES, ETC.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR			
¿EN QUÉ ENFERMEDADES O AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ UD., O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE? (DETALLAR EL SIGUIENTE CUADRO)			
<b>NOMBRE DE LA ENFERMEDAD</b>			
<b>NO. DE VECES QUE LO ASISTIÓ</b>			
<b>FECHA DE INICIO</b>	DIA   MES   AÑO	DIA   MES   AÑO	DIA   MES   AÑO
<b>DURACIÓN</b>			
<b>GRAVEDAD</b>			
<b>SECUELAS</b>			
<b>NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO</b>			
NOMBRE :		TELÉFONO	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	ESTADO:
NOMBRE :		TELÉFONO	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	ESTADO:
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
<b>PARTE I</b>	<b>CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN)</b>		<b>INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE</b>
ENFERMEDAD, LESIÓN O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUCE LA MUERTE DIRECTAMENTE	A)		
CAUSAS, ANTECEDENTES.	B)		
ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE PRODUJERON LA CAUSA CONSIGNADA ARRIBA, MENCIONÁNDOSE EN ÚLTIMO LUGAR LA CAUSA BÁSICA.	C) D)		
<b>PARTE II</b>	OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO.		
<p><b>NOTA:</b> LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN DEBERÁN ANOTARSE DE ACUERDO CON EL MODELO DEL CERTIFICADO INTERNACIONAL QUE COMPRENDE LAS PARTES: I "CAUSA DE DEFUNCIÓN A), B) Y C)" Y LA II "OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA".</p> <p>HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE ESTOY PROPORCIONANDO EN ESTE DOCUMENTO, ESTÁ APEGADA A LA VERDAD, DE ACUERDO A LOS ELEMENTOS QUE CONOZCO SOBRE EL CASO EN CUESTIÓN.</p>			
DATOS DEL MÉDICO			
NOMBRE DEL MÉDICO:			
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	ESTADO:
TELÉFONO:	CERTIFICADO DEL CONSEJO DE ESPECIALIDAD:	CÉDULA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES:	
CÉDULA DE ESPECIALIDAD:	R.F.C.:	LUGAR	FECHA: DIA   MES   AÑO
<hr/> FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			

CIRCULAR S-8.4  
ANEXO 5

## LOGOTIPO

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN  
DE BENEFICIARIO (S)

LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.			
No. DE PÓLIZA (S):		TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL)	
NOMBRE DEL CONTRATANTE <			
DATOS DEL ASEGURADO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, Colonia, No.):			CIUDAD:
ESTADO:	C.P.	TELÉFONO	
RFC:	CURP:	FECHA DE NACIMIENTO:   DIA   MES   AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:		
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:			
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:			
DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO			TELÉFONO
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO			TELÉFONO
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO			TELÉFONO
DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO			
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:			FECHA DEL FALLECIMIENTO   DIA   MES   AÑO
CAUSA DE FALLECIMIENTO:			
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:			FECHA   DIA   MES   AÑO
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:			
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:			No. DE ACTA MP
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO   DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO   DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO   DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO   DIA   MES   AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:
LUGAR Y FECHA:			ESTE TRÁMITE ES GRATUITO

**CIRCULAR S-8.5 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de seguros, el modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S-8.5**

**Asunto:** Se da a conocer modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades.

A las instituciones de seguros

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Comisión, después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y de las instituciones de seguros, da a conocer el modelo de contrato de adhesión de la cobertura de accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades, que esas instituciones deberán utilizar como producto básico estandarizado en complemento a su oferta regular de productos, el cual considera condiciones contractuales uniformes y de fácil comprensión, a fin de garantizar que la población mexicana se encuentre en posibilidad de comparar la prima de tarifa de este producto que fije cada una de las instituciones, con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población.

En tal virtud, anexo a la presente Circular, se acompaña el modelo de contrato de adhesión y demás documentación contractual del producto básico estandarizado de la cobertura de accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades, al que deberán apegarse esas instituciones.

Para el registro del producto básico estandarizado, esas instituciones de seguros deberán observar lo previsto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Circular S-8.1 vigente, emitida por esta Comisión, previendo que la nota técnica en la que cada institución sustente la tarificación de la prima, guarde congruencia con el presente modelo.

Al solicitar el mencionado registro, esas instituciones deberán indicar en la pantalla de captura del sistema de registro de productos, que se trata del modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades; asimismo, en el dictamen jurídico, deberán señalar que las cláusulas de la documentación contractual corresponden en su integridad a las cláusulas del modelo de contrato de adhesión de la cobertura de accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades, a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que se dan a conocer por la presente Circular.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Las instituciones de seguros deberán efectuar el registro y ofrecer al público el producto básico estandarizado a que se refiere la presente Circular, dentro de los 180 días naturales siguientes al de su entrada en vigor.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

## LOGOTIPO

SEGURO BASICO ESTANDARIZADO  
de Accidentes Personales**Tipo de seguro**

Seguro de Accidentes Personales Individual

**Cobertura**

Muerte Accidental, no incluye pérdidas orgánicas, ni indemnización diaria por invalidez, ni reembolso de Gastos Médicos.

**Moneda: Nacional****Suma Asegurada**

o \$ 100,000.00 pesos.

o \$ 200,000.00 pesos. Monto máximo de cobertura por persona.

**Edades de Aceptación**

Mínima de Admisión 12 años

Máxima de Aceptación 65 años

Máxima de Renovación Vitalicia

**Forma de Pago**

Anual

**Periodo de Gracia para Pago de Prima**

30 días

**Temporalidad del Plan**

Un año Renovable

**Tarifificación**

Cada compañía definirá la tarifa total (que incluye IVA) por edades, género y por ocupación.

**Ocupación de los Solicitantes**

Una de las variables para definir la tarifa será con base en la ocupación del asegurado considerando edad, género y ocupación.

El nivel de riesgo de su actividad, corresponde a las descritas en el manual de Accidentes Personales, es decir:

**RIESGO A:**

1. Personas que trabajan tiempo completo en lugares no peligrosos tales como oficinas, tiendas, locales, despachos, etc., cuya ocupación no representa peligro especial.

Ejemplo: oficinistas, farmacéuticos, optometristas, bibliotecarios, sastres, modistas, dibujantes, etc.

**EN LUGARES FIJOS:****EN OFNA., TIENDA, DESPACHO, LABORATORIO, ETC**

1. ABARROTERO	33. ESCULTOR	64. MADERERO
2. ABOGADO	34. ESTEREOTIPISTA	65. MANICURISTA
3. ACTUARIO	35. ETNOLOGO	66. MAESTRO DE ESC.
4. AGENTE DE COMPRAS	36. FARMACEUTICO	67. MAYORDOMO
5. ALCALDE	37. FERROCARRILERO	68. MECANICO
6. ALFARERO	38. FISICO	69. MENSAJERO
7. AMA DE CASA	39. FLORISTA	70. METEOROLOGO
8. ANTICUARIO	40. FORRAJERO	71. MINERO
9. ARCHIVISTA	41. FOTOGRAFADOR	72. MODISTA
10. ARQUITECTO	42. FOTOGRAFO	73. MOLINERO
11. ARTESANO	43. FRUTERO	74. MUEBLERO
12. AUDITOR	44. FRUTICULTOR	75. MUSICO DE SINFONICA
13. AVICULTOR	45. GEOLOGO	76. OCULISTA
14. BANQUERO	46. GRABADOR	77. OFICINISTA
15. BIBLIOTECARIO	47. GUIA DE TURISTAS	78. OPTOMETRISTA
16. CAJERO	48. HERRERO	79. PAGADOR
17. CONTADOR	49. HOJALATERO	80. PANADERO
18. CONTRATISTA	50. HORTELANO	81. PELETERO O CURTIDOR
19. COMPOSITOR	51. HOTELERO	82. PERIODISTA
20. CORRESPONSAL	52. IMPRESOR	83. PETROLERO
21. COSTURERA	53. INGENIERO	84. PINTOR DE MUEBLES, VENTANAS Y CASAS, ETC.
22. DECORADOR	54. INSTRUMENTISTA	85. PLATERO
23. DIBUJANTE	55. JABONERO	86. PLOMERO
24. DIPLOMATICO	56. JOYERO	87. PROFESOR
25. DISEÑADOR	57. LAVADOR DE ROPA	88. PUBLICISTA
26. DULCERO	58. EMPLEADO DE LABORAT	89. PULIDOR DE PISOS Y MUEBLES
27. EDITOR	59. LECHERO PROPIETARIO	90. QUESERO
28. EMBAJADOR	60. LECHERO O REPARTIDOR EN ESTABLO	91. RADIO-FABRICANTE
29. EMBOTELLADOR (vinos, cerveza, refrescos)	61. LIBRERO	92. RADIO-OPERADOR
30. EMPACADOR (de carne)	62. LINOTIPISTA	93. RELOJERO
31. ENCUADERNADO	63. LOCUTOR	
32. ENCUADERNADO		

94. RENTISTA	102. TELEFONISTA,	108. TORNERO
95. SACERDOTE	OPERADOR,	109. TROQUELADOR
96. SALINERO	INSTALADOR Y TECNICO	110. VALUADOR
97. SASTRE	103. TELEGRAFISTA	111. VETERINARIO
98. SOMBRERERO	104. TEJEDOR	112. VIDRIERO
99. TABAQUERO	105. TENDERO	113. VITIVINICULTOR
100. TALABARTERO	106. TINTORERO	114. VULCANIZADOR
101. TAPICERO	107. TOPOGRAFO	115. ZAPATERO

**SUPERVISANDO**

1. MESERO

**SIN MANEJO DE HERRAMIENTA**

1. CAJISTA

**RIESGO B:**

1. Personas cuya ocupación se desempeña principalmente en la calle sin exposición de riesgos calificados.

Ejemplo: cobradores, vendedores, inspectores, propagandistas, etc.

2. Personas que realizan trabajos manuales ligeros utilizando material y herramienta poco peligrosa.

Ejemplo: reparadores de radio, televisión, refrigeradores, estufas, encuadernadores, tapizadores, cortineros, etc.

**DESPLAZANDOSE CON MUCHA FRECUENCIA****EN LA CALLE**

1. ABARROTERO	44. FOTOGRAFADOR	87. PELETERO O CURTIDOR
2. ABOGADO	45. FOTOGRAFO	88. PERIODISTA
3. AGENTE DE COMPRAS	46. FOTOGRAFO	89. PETROLERO
4. AGENTE DE VENTAS	PERIODISTA	90. PINTOR ARTISTA
5. AGRICULTOR	47. FRUTERO	91. PINTOR DE MUEBLES,
6. AJUSTADOR DE	48. FRUTICULTOR	VENTANAS Y CASAS,
SEGUROS	49. FUMIGADOR (no piloto)	ETC.
7. ALCALDE	50. GANADERO	92. PLATERO
8. ALFARERO	51. GEOLOGO	93. PLOMERO
9. ANESTESIOLOGO	52. GRABADOR	94. PROFESOR
10. ANTICUARIO	53. GUIA DE TURISTAS	95. PUBLICISTA
11. APARADORISTA	54. HERRERO	96. PULIDOR DE PISOS Y
12. ARQUITECTO	55. HOJALATERO	MUEBLES
13. ARTESANO	56. HORTELANO	97. QUESERO
14. AUDITOR	57. HOTELERO	98. QUIMICO
15. AVICULTOR	58. IMPRESOR	99. QUIROPRACTICO
16. CARPINTERO	59. INGENIERO	100. RADIOLOGO
17. CARTERO	60. INSTRUMENTISTA	101. RADIO-FABRICANTE
18. CERRAJERO	61. JABONERO	102. RADIO-OPERADOR
19. CIRUJANO	62. LAVADOR DE ROPA	103. RADIOTERAPISTA
20. COBRADOR	63. LECHERO PROPIETARIO	104. RELOJERO
21. CONTADOR	64. LIBRERO	105. RENTISTA
22. CONTRATISTA	65. LOCUTOR	106. SACERDOTE
23. CORDELERO	66. MADERERO	107. SALINERO
24. COREOGRAFO	67. MAESTRO DE ESCUELAS	108. SASTRE
25. CORRESPONSAL	68. MATERIALISTA	109. SOLDADOR
26. CULTORA DE BELLEZA	69. MAYORDOMO	110. SOMBRERERO
27. DULCERO	70. MECANICO	111. TABAQUERO
28. EDITOR	71. MEDICO DE	112. TAPICERO
29. ELECTRICISTA	CONSULTORIO	113. TELEFONISTA,
30. EMBOTELLADOR (vinos,	72. MENSAJERO	OPERADOR,
cerveza, refrescos)	73. METEOROLOGO	INSTALADOR Y TECNICO
31. EMPACADOR (de carne)	74. MINERO	114. TELEGRAFISTA
32. ENCUADERNADO	75. MISIONERO	115. TEJEDOR
33. ENCUADERNADO	76. MODELO	116. TINTORERO
34. ENFERMERA	77. MODISTA	117. TOPOGRAFO
35. ESCULTOR	78. MOLINERO	118. TORNERO
36. ESTEREOTIPISTA	79. MUEBLERO	119. TROQUELADOR
37. ETNOLOGO	80. MUSICO	120. VALUADOR
38. FERRETERO	81. MUSICO DE SINFONICA	121. VETERINARIO
39. FERROCARRILERO	82. OCULISTA	122. VIDRIERO
40. FISICO	83. OSTEOPATA	123. VITIVINICULTOR
41. FISICOTERAPISTA	84. PANADERO	124. VULCANIZADOR
42. FLORISTA	85. PEDICURISTA	125. ZAPATERO
43. FORRAJERO	86. PEINADORA	

**OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES**

1. ARREGLISTA (MUSICA)

**EN LUGARES FIJOS  
EN OFNA., TIENDA, DESPACHO,  
LABORATORIO, ETC**

- |                       |                   |                    |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| 1. APICULTOR          | 8. ENFERMERA      | 13. MESERO         |
| 2. BACTERIOLOGO       | 9. FISCOTERAPISTA | 14. MISIONERO      |
| 3. BIOLOGO            | 10. FOTOGRAFO     | 15. MODELO         |
| 4. BOTANICO           | PERIODISTA        | 16. PEDICURISTA    |
| 5. CRIADO DOMESTICO   | 11. MATERIALISTA  | 17. PEINADORA      |
| 6. CULTORA DE BELLEZA | 12. MEDICO DE     | 18. PINTOR ARTISTA |
| 7. DERMATOLOGO        | CONSULTORIO       | 19. QUIMICO        |

**SUPERVISANDO**

1. CERRAJERO
2. COSTURERA
3. PLATERO

**SIN MANEJO DE HERRAMIENTA**

1. ALFARERO
2. APARADORISTA
3. AVICULTOR
4. JARDINERO
5. PLATERO
6. TALABARTERO

**CON MANEJO DE HERRAMIENTA**

1. APARADORISTA
2. DECORADOR

**RIESGO C:**

1. Personas que necesiten viajar constantemente para el desempeño de su ocupación habitual, sin exposición de riesgos calificados.

Ejemplo: agentes viajeros, inspectores viajeros, auditores viajeros, comerciantes viajeros, propagandistas viajeros, etc.

2. Personas que supervisan procesos de manufactura y operaciones de construcción.

Ejemplo: ingenieros, arquitectos, superintendentes, contratistas, etc.

**DESPLAZÁNDOSE CON MUCHA FRECUENCIA**

**EN LA CALLE**

1. CHOFER PARTICULAR
2. CHOFER PICK UP
3. LECHERO REPARTIDOR O EN ESTABLO

**EN VIAJE**

- |                          |                                              |                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. ABARROTERO            | 34. EDITOR                                   | 67. INSTRUMENTISTA          |
| 2. ABOGADO               | 35. ELECTRICISTA                             | 68. JABONERO                |
| 3. AGENTE DE COMPRAS     | 36. EMBAJADOR                                | 69. JOYERO                  |
| 4. AGENTE DE VENTAS      | 37. EMBOTELLADOR (vinos, cerveza, refrescos) | 70. EMPLEADO DE LABORATORIO |
| 5. AGRICULTOR            | 38. EMPACADOR (de carne)                     | 71. LIBRERO                 |
| 6. AJUSTADOR DE SEGUROS  | 39. ENCUADERNADO                             | 72. LOCUTOR                 |
| 7. ALCALDE               | 40. ENCUADERNADO                             | 73. MADERERO                |
| 8. ALFARERO              | 41. ENFERMERA                                | 74. MAESTRO DE ESCUELAS     |
| 9. ANESTESIOLOGO         | 42. ESCULTOR                                 | 75. MATERIALISTA            |
| 10. ANTICUARIO           | 43. ESTEREOTIPISTA                           | 76. MAYORDOMO               |
| 11. APARADORISTA         | 44. ETNOLOGO                                 | 77. MECANICO                |
| 12. ARQUITECTO           | 45. FERRETERO                                | 78. MEDICO DE CONSULTORIO   |
| 13. ARTESANO             | 46. FERROCARRILERO                           | 79. MENSAJERO               |
| 14. AUDITOR              | 47. FISICO                                   | 80. METEOROLOGO             |
| 15. AVICULTOR            | 48. FISCOTERAPISTA                           | 81. MINERO                  |
| 16. BAILARIN             | 49. FLORISTA                                 | 82. MISIONERO               |
| 17. BOTANICO             | 50. FORRAJERO                                | 83. MODELO                  |
| 18. CARPINTERO           | 51. FOTOGRAFADOR                             | 84. MODISTA                 |
| 19. CARTERO              | 52. FOTOGRAFO                                | 85. MOLINERO                |
| 20. CERRAJERO            | 53. FOTOGRAFO PERIODISTA                     | 86. MUEBLERO                |
| 21. CIRUJANO             | 54. FRUTERO                                  | 87. MUSICO                  |
| 22. COBRADOR             | 55. FRUTICULTOR                              | 88. MUSICO DE SINFONICA     |
| 23. CONTADOR             | 56. FUMIGADOR (no piloto)                    | 89. OCULISTA                |
| 24. CONTRATISTA          | 57. GANADERO                                 | 90. OSTEOPATA               |
| 25. CORDELERO            | 58. GEOLOGO                                  | 91. PANADERO                |
| 26. COREOGRAFO           | 59. GRABADOR                                 | 92. PEDICURISTA             |
| 27. CORRESPONSAL         | 60. GUIA DE TURISTAS                         | 93. PEINADORA               |
| 28. CULTORA DE BELLEZA   | 61. HERRERO                                  | 94. PELETERO O CURTIDOR     |
| 29. DECORADOR            | 62. HOJALATERO                               | 95. PERFORADOR DE MINAS     |
| 30. DIBUJANTE            | 63. HORTELANO                                | 96. PERFORADOR DE POZOS     |
| 31. DIPLOMATICO          | 64. HOTELERO                                 | 97. PERIODISTA              |
| 32. DIRECTOR DE ORQUESTA | 65. IMPRESOR                                 |                             |
| 33. DULCERO              | 66. INGENIERO                                |                             |

**CON MANEJO DE MAQUINARIA LIGERA**

1. DULCERO

**OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES**

1. ANESTESIOLOGO
2. ELEVADORISTA
3. ESTUDIANTE
4. LAVANDERA

98. PETROLERO	112. RADIOTERAPISTA	127. TELEGRAFISTA
99. PINTOR ARTISTA	113. RELOJERO	128. TEJEDOR
100. PINTOR DE MUEBLES, VENTANAS Y CASAS, ETC.	114. RENTISTA	129. TENDERO
101. PLATERO	115. SACERDOTE	130. TINTORERO
102. PLOMERO	116. SALINERO	131. TOPOGRAFO
103. PROFESOR	117. SASTRE	132. TORNERO
104. PUBLICISTA	118. SOLDADOR	133. TROQUELADOR
105. PULIDOR DE PISOS Y MUEBLES	119. SOBRESTANTE	134. VALUADOR
106. QUESERO	120. SOMBRERERO	135. VETERINARIO
107. QUIMICO	121. TABAQUERO	136. VIDRIERO
108. QUIROPRACTICO	122. TAPICERO	137. VITIVINICULTOR
109. RADIOLOGO	123. TELEFONISTA, OPERADOR, INSTALADOR Y TECNICO	138. VULCANIZADOR
110. RADIO-FABRICANTE	124. TELEGRAFISTA	139. ZAPATERO
111. RADIO-OPERADOR	125. TEJEDOR	140. ZOOLOGO
	126. TENDERO	

**EN LUGARES FIJOS****EN OFNA., TIENDA, DESPACHO, LABORATORIO, ETC**

1. CIRUJANO	5. FUMIGADOR (no piloto)	9. OSTEOPATA
2. COCINERO	6. MOZO	10. PELUQUERO
3. DENTISTA	7. MUSICO	11. QUIROPRACTICO
4. FERRETERO	8. OPERADOR DE CINE	12. TLAPALERO

**SUPERVISANDO**

1. ARTESANO	12. LINOTIPISTA	23. SOMBRERERO
2. AVICULTOR	13. MATERIALISTA	24. TABAQUERO
3. CARPINTERO	14. MOLINERO	25. TALABARTERO
4. COREOGRAFO	15. MUEBLERO	26. TAPICERO
5. EMBALSAMADOR	16. PANADERO	27. TELEFONISTA, OPERADOR, INSTALADOR Y TECNICO
6. EMBOTELLADOR (vinos, cerveza, refrescos)	17. PELETERO O CURTIDOR	28. TELEGRAFISTA
7. ENCUADERNADOR	18. PULIDOR DE PISOS Y MUEBLES	29. TEJEDOR
8. ESTEREOTIPISTA	19. QUESERO	30. TINTORERO
9. FERROCARRILERO	20. QUIMICO	31. VITIVINICULTOR
10. FORRAJERO	21. RADIO-FABRICANTE	
11. IMPRESOR	22. SOBRESTANTE	

**SIN MANEJO DE HERRAMIENTA**

1. APICULTOR	4. ENCUADERNADOR	7. GRABADOR
2. BODEGUERO	5. FORRAJERO	8. MUEBLERO
3. EMPACADOR (de carne)	6. FOTOGRAFADOR	9. TEJEDOR

**CON MANEJO DE HERRAMIENTA**

1. AGRICULTOR	8. FORRAJERO	15. PLATERO
2. ALFARERO	9. FOTOGRAFADOR	16. PULIDOR DE PISOS Y MUEBLES
3. ARTESANO	10. FRUTERO	17. RADIO-FABRICANTE
4. CERRAJERO	11. FRUTICULTOR	18. SASTRE
5. EMBALSAMADOR	12. HORTELANO	
6. ENFERMERA	13. JARDINERO	
7. ESCULTOR	14. JOYERO	

**CON MANEJO DE MAQUINARIA LIGERA**

1. AVICULTOR
2. COSTURERA
3. IMPRESOR

**CON MANEJO DE MAQUINARIA PESADA**

1. DULCERO

**OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES**

1. ARTISTA, radio, TV, cine y teatro (Extras consideración individual)
2. GEOLOGO
3. MASAJISTA
4. MESERO
5. SEPULTURERO
6. TENISTA PROFESIONAL
7. TOPOGRAFO

En caso de ocupaciones no clasificadas en estos niveles de riesgo verificarán en la compañía de seguros cuál es el incremento de la prima dado la actividad que realicen, es decir el seguro básico no aplicará para ellos.

En caso de practicar algún deporte de manera ocasional se deberá reportar a la aseguradora, especificando el deporte y la frecuencia con que lo practica.

Si la actividad a la cual se dedica la persona está catalogado entre alguna de las clasificaciones que van de D) a J), se sugiere acudir con la aseguradora para proporcionar la tarifa correspondiente.

**Conductos de Venta**

- Se podrá realizar por cualquier conducto que la aseguradora tenga autorizado.

## INDICE

## CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
  - 1.1 ACCIDENTE
  - 1.2 ASEGURADO
  - 1.3 BENEFICIARIO
  - 1.4 COMPAÑIA
  - 1.5 CONTRATANTE
  - 1.6 CONTRATO DE SEGURO
  - 1.7 EDAD
  - 1.8 EXCLUSIONES
  - 1.9 FECHA DE INICIO DE COBERTURA
  - 1.10 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
  - 1.11 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
  - 1.12 LUGAR DE RESIDENCIA
  - 1.13 OCUPACION
  - 1.14 POLIZA
  - 1.15 RECIBO DE PAGO
  - 1.16 RECLAMACION
  - 1.17 RENOVACION VITALICIA Y AUTOMATICA
  - 1.18 SOLICITUD
  - 1.19 SUMA ASEGURADA
2. OBJETO DEL SEGURO
3. CONTRATO (POLIZA)
4. DESCRIPCION DEL SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL
5. EXCLUSIONES
6. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES
7. CLAUSULAS GENERALES
  - 7.1 CLAUSULAS DE INTERES PARA EL ASEGURADO
    - 7.1.1 RENOVACION
    - 7.1.2 PRIMAS (MONTOS DE PRIMAS)
    - 7.1.3 FORMA DE PAGO
    - 7.1.4 LUGAR DE PAGO
    - 7.1.5 EDAD ALCANZADA
    - 7.1.6 EDAD MINIMA DE ACEPTACION
    - 7.1.7 EDAD MAXIMA DE ACEPTACION
    - 7.1.8 REHABILITACION
    - 7.1.9 PERIODO DE GRACIA
  - 7.2 CLAUSULAS OPERATIVAS
    - 7.2.1 CAMBIO EN EL RIESGO
    - 7.2.2 LUGAR DE RESIDENCIA
    - 7.2.3 CANCELACION
    - 7.2.4 VIGENCIA
    - 7.2.5 TERMINACION DEL CONTRATO
    - 7.2.6 MODIFICACIONES
    - 7.2.7 NOTIFICACIONES
  - 7.3 CLAUSULAS CONTRACTUALES
    - 7.3.1 COMPETENCIA
    - 7.3.2 PRESCRIPCION
    - 7.3.3 MONEDA
    - 7.3.4 REVELACION DE COMISIONES
    - 7.3.5 INTERES MORATORIO
    - 7.3.6 DISPUTABILIDAD
    - 7.3.7 BENEFICIARIOS
    - 7.3.8 CAMBIO DE BENEFICIARIOS
    - 7.3.9 EDAD

## ANEXO 2. CONDICIONES GENERALES

1. Definiciones
- 1.1 **Accidente**  
Acontecimiento provocado por una causa externa súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria.
- 1.2 **Asegurado**  
Es la persona física amparada por la póliza.
- 1.3 **Beneficiario**  
Persona designada en la póliza por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro.
- 1.4 **Compañía**  
Es la persona moral, constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia como institución de seguros, que asume el riesgo amparado por la póliza.
- 1.5 **Contratante**  
Persona física o moral que es responsable ante la Compañía de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad.
- 1.6 **Contrato de Seguro**  
Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.  
Este contrato de seguro está constituido por:
  - a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
  - b) La Póliza.
  - c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
  - d) Las Condiciones Generales.
  - e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
  - g) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo
- 1.7 **Edad**  
La edad cronológica que tiene un asegurado en una fecha determinada.
- 1.8 **Exclusiones**  
Situaciones, eventos o circunstancias que en caso de presentarse no estarán cubiertos por esta Póliza.
- 1.9 **Fecha de inicio de Cobertura**  
Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.
- 1.10 **Fecha de inicio de Vigencia**  
Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.
- 1.11 **Fecha de término de Vigencia**  
Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.
- 1.12 **Lugar de residencia**  
Lugar donde el asegurado radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.
- 1.13 **Ocupación**  
Actividad desempeñada por el Asegurado y de la cual percibe un salario de manera periódica.
- 1.14 **Póliza**  
Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:
  - a) **Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
    - 1 Nombres y firmas de quien propone y quien acepta la transferencia
    - 2 La designación de las personas aseguradas,
    - 3 La naturaleza de los riesgos transferidos
    - 4 El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
    - 5 Lista de Endosos incluidos
    - 6 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
    - 7 Alcance de la cobertura.

- b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
- c) **Endosos.-** Documento, generado por la Aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.
- 1.15 Recibo de Pago**  
Es el documento emitido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.
- 1.16 Reclamación**  
Es el trámite que realiza el Beneficiario ante la Compañía, para obtener el beneficio del Contrato a consecuencia del fallecimiento del Asegurado por un Accidente.
- 1.17 Renovación Vitalicia y Automática**  
Proceso administrativo mediante el cual, a cambio del pago de la prima correspondiente, se mantiene en vigor por un periodo igual, dando continuidad de cobertura a los Asegurados amparado en los mismos términos de cobertura.
- 1.18 Solicitud**  
Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.
- 1.19 Suma Asegurada**  
Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para y especificado en la carátula de la Póliza.
- 2. Objeto del Seguro**  
"Nombre de la aseguradora", en adelante la Compañía, pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada a consecuencia de algún accidente que produzca la muerte del asegurado según lo descrito en estas Condiciones Generales, siempre y cuando ocurra durante la vigencia de la póliza.
- 3. Contrato (Póliza)**  
Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones del asegurado y de las partes involucradas, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:
- 1. Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente a la aseguradora y en el que señala:
    - Nombres y firmas de los representantes de la Compañía
    - Nombre y domicilio del Contratante
    - Nombre y fecha de nacimiento del Asegurado
    - Nombre de los Beneficiarios
    - Fecha de inicio y fin de la vigencia
    - Lista de Endosos incluidos
    - El monto de Suma Asegurada
    - Cobertura Contratada
    - Prima del seguro
  - 2. Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establecen las condiciones de la cobertura, y que señalan los términos y características del seguro, así como las obligaciones y derechos que tiene el asegurado y la Compañía.
  - 3. Endoso.-** Documento emitido por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.  
Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.
  - 4. Manual de orientación en caso de siniestro.** Documento que describe los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.
- 4. Descripción del Seguro de Muerte Accidental**  
Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de vigencia de esta póliza, y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente sobreviniere su muerte, la Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta póliza.  
Una vez que fallece el asegurado, se dará por terminado este contrato.

**5. Exclusiones**

No es objeto de la presente póliza las muertes originadas por lo siguiente:

- A.- Enfermedad corporal o mental.
- B.- Infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.
- C.- Tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.
- D.- Accidentes derivados del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución,
- E.- Accidentes derivados de riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado o sus beneficiarios y éste sea sujeto activo.
- F.- Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- G.- Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestra que es accidental.
- H.- Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.
- I.- El uso de taxis aéreos o aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- J.- Ser piloto y/o mecánico en vuelo y/o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- K.- Ser ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- L.- El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- M.- Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.

**6. Pago de Siniestros e Indemnizaciones**

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

1. Solicitud de reclamación de Beneficiario(s), requisitada en todos sus puntos.
2. Acta de defunción (copia certificada).
3. Acta de nacimiento del Asegurado (copia certificada).
4. Acta de nacimiento de los beneficiarios (copia certificada).
5. Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
6. Identificación del Asegurado y Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
7. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.)
8. Presentar actuaciones del Ministerio Público completas (averiguaciones previas identificación, del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químicos toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).

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

Que señala:

**Ley sobre el Contrato de Seguro, 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.

Asimismo, el artículo 71 de la misma ley señala:

“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.”.

**7. Cláusulas Generales.****7.1 Cláusulas de Interés para el asegurado****7.1.1 Renovación**

Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La renovación automática se otorgará, de manera vitalicia sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad cuando el asegurado haya sido asegurado dentro del periodo de aceptación.

**7.1.2 (Monto de Primas)**

La prima total de la póliza es la especificada en la carátula de la póliza, de acuerdo con la ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión del Asegurado.

A la renovación de la póliza, la prima se determinará con base en la suma asegurada, ocupación, edad alcanzada y sexo.

Cualquier prima no pagada será deducida de cualquier indemnización.

**7.1.3 Forma de pago**

La prima especificada en la carátula de la póliza será pagada de manera anual.

**7.1.4 Lugar de Pago**

Los pagos deberán efectuarse:

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el Contratante, a cambio del Recibo de Pago correspondiente expedido por la Compañía, en este último caso el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

**7.1.5 Edad Alcanzada**

Años cumplidos que tiene el Asegurado a la fecha de inicio de vigencia.

**7.1.6 Edad Mínima de Aceptación**

12 años cumplidos.

**7.1.7 Edad Máxima de Aceptación**

65 años cumplidos.

**7.1.8 Rehabilitación**

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que la Compañía tiene expresamente para este fin.

b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidos por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.

c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

**7.1.9 Periodo de Gracia**

Plazo que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aún cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

**7.2 Cláusulas Operativas****7.2.1 Cambio en el Riesgo**

Es obligación del Asegurado avisar a la Compañía de los cambios de la información proporcionada en la solicitud del seguro. La Compañía evaluará si dichos cambios afectan el riesgo contratado, y si procede modificará las condiciones del contrato, lo cual se notificará por escrito al Contratante y/o Asegurado.

**7.2.2 Lugar de Residencia**

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

**7.2.3 Cancelación**

Este Contrato será cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en el comprobante de pago.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, la Compañía devolverá el 60% de la prima de tarifa (prima cobrada sin incluir derechos de póliza ni impuestos) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, la Compañía devolverá el 60% de la prima neta (sin incluir derechos de póliza, impuestos ni comisiones) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

En caso de que el Asegurado incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, la Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima no devengada correspondiente.

Que señalan:

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

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

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

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

#### **7.2.4 Vigencia**

Periodo de validez del contrato que es de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en la carátula de la póliza.

#### **7.2.5 Terminación del Contrato**

Este contrato dejará de estar en vigor al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Mediante petición por escrito del Asegurado o Contratante a la Compañía.
2. Falta de pago, después de los 30 días naturales del periodo de gracia.
3. Fallecimiento del Asegurado.

#### **7.2.6 Modificaciones**

El Contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Asegurado o el Contratante y la Compañía. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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.

#### **7.2.7 Notificaciones**

Cualquier comunicación o notificación relacionada con el presente Contrato de seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito, precisamente en su domicilio indicado en la carátula de la póliza, o en su caso en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente la Compañía al Contratante o Asegurado.

### **7.3 Cláusulas Contractuales**

#### **7.3.1 Competencia**

En caso de controversia, la persona podrá presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la Institución o ante 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de 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 Institución 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 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.

#### **7.3.2 Prescripción**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo 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, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado 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 esta Institución.

### **7.3.3 Moneda**

Todas las obligaciones de pago de este Contrato serán pagaderas en Moneda Nacional.

### **7.3.4 Revelación de Comisiones**

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

### **7.3.5 Interés Moratorio**

En caso de que la Compañía, no obstante de haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, estará obligada a pagar al beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación.

Que señala:

**Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Artículo 135 BIS.**- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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...

III.- En caso de que no se publique la tasa de referencia para el cálculo del interés moratorio antes aludido el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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...

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 la exigibilidad 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 el artículo de referencia, deberán ser cubiertas por la empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas en el artículo de referencia, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.

### **7.3.6 Disputabilidad**

Este Contrato de Seguro será disputable dentro de los 5 (cinco) primeros años por lo que se refiere a las causales de rescisión prevista por el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Compañía se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas

declaraciones en la celebración del Contrato de Seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Compañía renuncia al derecho que le confiere la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o el Asegurado.

Lo anterior aplica para el incremento de suma asegurada y los 5 (cinco) años contarán a partir de que se autorice el aumento correspondiente.

### **7.3.7 Beneficiarios**

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

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

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

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

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

### **7.3.8 Cambio de Beneficiarios**

Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a la Compañía. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Compañía pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a la Compañía por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

### **7.3.9 Edad**

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.

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

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado 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 pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad; y
- d. Si con posterioridad al fallecimiento 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 Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

**“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.”**

## ANEXO 3

LOGO COMPAÑÍA

Solicitud No. \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_**Solicitud de Seguro Básico de Accidentes Personales**

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras ó falta alguno de los datos solicitados.

**AUTORIZACIÓN****De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar)**

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como lo conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten darán a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud"

**DATOS DEL SOLICITANTE****Nombre completo del Solicitante**

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
-----------	------------------	------------------

<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Ciudad y Estado de Nacimiento</b>
Día Mes Año	M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				

**Datos laborales**

Nombre de la Empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP
Profesión ú Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores	Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	Describe en que consisten sus labores	Empresa en que las desempeña su labor

**Domicilio Particular**

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia	Ciudad ó Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular Teléfono Oficina Correo Electrónico

**DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)****Nombre completo del Contratante**

<b>Nombre /o Razón Social:</b>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
<b>Relación con el solicitante:</b>			

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	---------------------------------------------------------------	--------------------	---------------------

**Domicilio Particular**

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado Código Postal

**DATOS DEL PLAN**

<b>Seguro Básico Accidentes Personales</b>	<b>Suma Asegurada (Moneda nacional): Elegir sólo una opción</b>	<b>Forma de pago</b>
	100,000 ( )      200,000 ( )	<b>ANUAL</b>

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

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

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

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

Nombre(s) del(os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

**OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES**

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía?		Compañía	Suma Asegurada
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?		En caso afirmativo ¿Por qué motivo?	
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o			
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan
Estado Actual			

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a (nombre compañía de seguros), aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que (nombre compañía de seguros), lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a (nombre compañía de seguros) la información de su conocimiento y que a su vez (nombre compañía de seguros) proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

**PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (De acuerdo al conducto de venta)**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

## LOGOTIPO

CIRCULAR S-8.5  
ANEXO 4SOLICITUD DE RECLAMACIÓN  
DE BENEFICIARIO (S)

LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.															
No. DE PÓLIZA (S):		TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL)													
NOMBRE DEL CONTRATANTE:															
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>															
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):															
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, Colonia, No.):								CIUDAD:							
ESTADO:		C.P.		TELÉFONO											
RFC:		CURP:		FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA		MES		AÑO		LUGAR DE NACIMIENTO:			
NACIONALIDAD:		OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:													
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:															
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:															
<b>DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)</b>															
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):															
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO								TELÉFONO							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):															
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO								TELÉFONO							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):															
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO								TELÉFONO							
<b>DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO</b>															
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:						FECHA DEL FALLECIMIENTO		DÍA		MES		AÑO			
CAUSA DE FALLECIMIENTO:															
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:						FECHA		DÍA		MES		AÑO			
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:															
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:															
No. DE ACTA MP															
<p><b>NOTA:</b> COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANA TORIOS, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, A QUE OTORGUEN A ( NOMBRE DE LA CIA ) TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ESTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES, PARA TALEFECTO. EN ESTE CASO RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS, DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN, TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.</p>															
<b>DATOS DE LOS BENEFICIARIOS</b>															
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):								FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:								TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:									
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):								FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:								TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:									
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):								FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:								TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:									
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):								FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:								TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:									
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:									
LUGAR Y FECHA:															

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO

**CIRCULAR S-8.6 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de seguros, el modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S-8.6**

**Asunto:** Se da a conocer modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades.

A las instituciones de seguros

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Comisión, después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y de las instituciones de seguros, da a conocer el modelo de contrato de adhesión de la cobertura de gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades, que esas instituciones deberán utilizar como producto básico estandarizado en complemento a su oferta regular de productos, el cual considera condiciones contractuales uniformes y de fácil comprensión, a fin de garantizar que la población mexicana se encuentre en posibilidad de comparar la prima de tarifa de este producto que fije cada una de las instituciones, con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población.

En tal virtud, anexo a la presente Circular, se acompaña el modelo de contrato de adhesión y demás documentación contractual del producto básico estandarizado de la cobertura de gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades, al que deberán apegarse esas instituciones.

Para el registro del producto básico estandarizado, esas instituciones de seguros deberán observar lo previsto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Circular S-8.1 vigente, emitida por esta Comisión, previendo que la nota técnica en la que cada institución sustente la tarificación de la prima, guarde congruencia con el presente modelo.

Al solicitar el mencionado registro, esas instituciones deberán indicar en la pantalla de captura del sistema de registro de productos, que se trata del modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades; asimismo, en el dictamen jurídico, deberán señalar que las cláusulas de la documentación contractual corresponden en su integridad a las cláusulas del modelo de contrato de adhesión de la cobertura de gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades, a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que se dan a conocer por la presente Circular.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Las instituciones de seguros deberán efectuar el registro y ofrecer al público el producto básico estandarizado a que se refiere la presente Circular, dentro de los 180 días naturales siguientes al de su entrada en vigor.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

## LOGOTIPO

## PRODUCTO BASICO Gastos Médicos

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y Observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máx de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de Espera
Renta Diaria por Hospitalización	Enf. Y Acc. Cubiertos en GM, sin periodo de espera	Aplican Exclusiones Numeral 5	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	v	30 días En el caso de Accidentes no aplica.
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, Hemorroides, fistulas y fisuras rectales (o prolapso del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones Numeral 5	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	v	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones Numeral 5 Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	2 días	Públicos y Privados	v	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones Numeral 5 Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	2 días	Públicos y Privados	v	12 meses
	Complicaciones del Recien nacido	Aplican Exclusiones Numeral 5	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	30 días	Públicos y Privados	v	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones Numeral 5	5 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones Numeral 5	5 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones Numeral 5	5 SMMGVDF <sup>2</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e In situ, son excluidos.	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General en el Distrito Federal

1) Monto de Indemnización por día

(\*) En el caso de Indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

**Especificaciones**

A) Edad máxima de aceptación 64 años

B) Edad máxima de renovación, vitalicia

C) Periodo de pago de primas, anual

D) El Pago se efectúa al asegurado, no es reembolso ni pago directo de Gastos Médicos

E) Para pago de la Cobertura se requiere Informe médico, radiografías, pruebas y constancias de hospitales (punto a revisar y definir)

F) Proceso de Reclamación y solicitud del seguro, homogéneos.

G) Para pago de indemnización diaria por hospitalización, se requiere factura hospitalaria y constancia de los días de hospitalización por parte del Hospital. En caso de institución hospitalaria pública se solicitará constancia por parte de área de trabajo social.

**Exclusiones (Numeral 5 de las Condiciones Generales)**

- a. Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.
- b. Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.
- c. Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.

- d. Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun y cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e. Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico.
- f. Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.
- g. Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.
- h. Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.
- i. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check up".
- j. Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.
- k. Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.
- l. Tratamientos en vías de experimentación.
- m. Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.
- n. Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

#### **Definiciones**

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

#### **I. Relativas al contrato**

##### **I.1 Accidente**

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

##### **I.2 Asegurado**

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

##### **I.3 Contrato de Seguro**

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- f) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo.

##### **I.4 Póliza.**

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

- a) Carátula de Póliza.- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
  - 1 Nombres y firmas de quién propone y quién acepta la transferencia
  - 2 La designación de las personas aseguradas,

- 3 La naturaleza de los riesgos transferidos
  - 4 El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
  - 5 Lista de Endosos incluidos
  - 6 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
  - 7 Alcance de la cobertura.
- b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
- c) **Endosos.-** Documento, generado por la Aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

#### **I.5 Fecha de Inicio de Cobertura.**

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

#### **I.6 Fecha de Inicio de Vigencia.**

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

#### **I.7 Fecha de Término de Vigencia.**

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

#### **I.8 La Compañía**

Nombre con el cual se designará a la aseguradora "ABC" en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

#### **I.9 Recibo de Pago**

Es el documento expedido por La Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

#### **I.10 Solicitud**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

### **II. Relativas a la cobertura**

#### **II.1 Apendicectomía**

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

#### **II.2 Cáncer**

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

#### **II.3 Cirugías de Corazón**

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastia con colocación de stent.

#### **II.4 Colectomía**

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

**II.5 Fracturas de Huesos**

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

**II.6 Hospitalización**

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

**II.7 Infarto Cardíaco Agudo**

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.

**II.8 Infarto o Derrame Cerebral**

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

**II.9 Institución Hospitalaria**

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

**II.10 Insuficiencia Renal Crónica**

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

**II.11 Litiasis (Litotripsia)**

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

**II.12 Politraumatismo**

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

**II.13 Preexistencia**

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, 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.
- b) Cuando la institución cuente con pruebas documentales que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

**II.14 Renta Diaria**

Es la indemnización que pagará La Compañía por cada día de hospitalización.

**II.15 SIDA**

Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

**II.16 Suma Asegurada**

Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

**II.17 Trasplante de Organos Mayores**

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

**INDICE**

## CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
  - I. RELATIVAS AL CONTRATO
    - I.1 ACCIDENTE
    - I.2 ASEGURADO
    - I.3 CONTRATO DE SEGURO
    - I.4 POLIZA
    - I.5 FECHA DE INICIO DE COBERTURA
    - I.6 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
    - I.7 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
    - I.8 LA COMPAÑIA
    - I.9 RECIBO DE PAGO
    - I.10 SOLICITUD
  - II. RELATIVAS A LA COBERTURA
    - II.1 APENDICECTOMIA
    - II.2 CANCER
    - II.3 CIRUGIAS DE CORAZON
    - II.4 COLECISTECTOMIA
    - II.5 FRACTURAS DE HUESOS
    - II.6 HOSPITALIZACION
    - II.7 INFARTO CARDIACO AGUDO
    - II.8 INFARTO O DERRAME CEREBRAL
    - II.9 INSTITUCION HOSPITALARIA
    - II.10 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
    - II.11 LITIASIS (LITOTRIPSIA)
    - II.12 POLITRAUMATISMO
    - II.13 PREEXISTENCIA
    - II.14 RENTA DIARIA
    - II.15 SIDA
    - II.16 SUMA ASEGURADA
    - II.17 TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES
- 2 OBJETO DEL SEGURO
  - A. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION
  - B. INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO
- 3 CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS
- 4 EVENTOS CUBIERTOS
  - A. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION
  - B. INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO
- 5 EXCLUSIONES
- 6 PAGO DE INDEMNIZACIONES
  - 6.1 LIMITES DE INDEMNIZACIONES
  - 6.2 COMPROBACION DEL EVENTO CUBIERTO
  - 6.3 PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO DE INDEMNIZACION
- 7 CLAUSULAS GENERALES.
  - 7.1 CLAUSULAS DE INTERES PARA EL ASEGURADO
    - A. RENOVACION
    - B. PRIMAS
    - C. AJUSTES POR MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS
    - D. EDAD ALCANZADA
    - E. PERIODO DE GRACIA
    - F. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

- 7.2 CLAUSULAS OPERATIVAS
  - A. RESIDENCIA
  - B. VIGENCIA
  - C. MODIFICACIONES
- 7.3 CLAUSULAS CONTRACTUALES
  - A. COMPETENCIA
  - B. PREEXISTENCIA
  - C. PRESCRIPCION
  - D. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
  - E. MONEDA
  - F. NOTIFICACIONES
  - G. REVELACION DE COMISIONES
  - H. INTERES MORATORIO

#### CONDICIONES GENERALES

#### 1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

##### I. Relativas al contrato

###### I.1 Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

###### I.2 Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

###### I.3 Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- f) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo.

###### I.4 Póliza.

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

- a) **Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
  - 1 Nombres y firmas de quién propone y quién acepta la transferencia
  - 2 La designación de las personas aseguradas
  - 3 La naturaleza de los riesgos transferidos
  - 4 El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
  - 5 Lista de Endosos incluidos
  - 6 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.

7 Alcance de la cobertura.

b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) **Endosos.-** Documento, generado por la Aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

**I.5 Fecha de Inicio de Cobertura.**

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

**I.6 Fecha de Inicio de Vigencia.**

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

**I.7 Fecha de Término de Vigencia.**

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

**I.8 La Compañía**

Nombre con el cual se designará a la aseguradora "ABC" en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

**I.9 Recibo de Pago**

Es el documento expedido por La Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

**I.10 Solicitud**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

**II. Relativas a la cobertura**

**II.1 Apendicectomía**

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

**II.2 Cáncer**

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

**II.3 Cirugías de Corazón**

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastia con colocación de stent.

**II.4 Colectectomía**

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

**II.5 Fracturas de Huesos**

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

**II.6 Hospitalización**

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

**II.7 Infarto Cardíaco Agudo**

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.

**II.8 Infarto o Derrame Cerebral**

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

**II.9 Institución Hospitalaria**

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

**II.10 Insuficiencia Renal Crónica**

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

**II.11 Litiasis (Litotripsia)**

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

**II.12 Politraumatismo**

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

**II.13 Preexistencia**

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

**II.14 Renta Diaria**

Es la indemnización que pagará La Compañía por cada día de hospitalización.

**II.15 SIDA**

Etapas más grave de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

**II.16 Suma Asegurada**

Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

**II.17 Trasplante de Organos Mayores**

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

**2 Objeto del Seguro****a. Renta Diaria por Hospitalización**

Si durante la vigencia del Contrato, el Asegurado incurriera en una Hospitalización cubierta, La Compañía pagará la Renta Diaria estipulada en la carátula de la póliza por cada día de Hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de Rentas Diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 3 inciso "a" de este Contrato.

**b. Indemnización por diagnóstico o tratamiento**

Si durante la vigencia del Contrato el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, La Compañía pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 3 inciso "b" de este Contrato.

## 3 Cuadro Descriptivo de Coberturas Amparadas

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y Observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máx de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de Espera
Renta Diaria por Hospitalización	Enf. Y Acc. Cubiertos en GM, sin periodo de espera	Aplican Exclusiones Numeral 5	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	v	30 días En el caso de Accidentes no aplica.
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, Hemorroides, fistulas y fisuras rectales (o prolapso del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones Numeral 5	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	v	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones Numeral 5 Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	2 días	Públicos y Privados	v	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones Numeral 5 Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	2 días	Públicos y Privados	v	12 meses
	Complicaciones del Recien nacido	Aplican Exclusiones Numeral 5	1/2 SMMGVDF <sup>1</sup>	30 días	Públicos y Privados	v	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones Numeral 5	5 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones Numeral 5	5 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones Numeral 5	5 SMMGVDF <sup>2</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e Insitu, son excluidos.	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Poli-traumatismos	Aplican Exclusiones Numeral 5	20 SMMGVDF <sup>1</sup>		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General en el Distrito Federal

1) Monto de Indemnización por día

(\*) En el caso de Indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemnizará una vez por padecimiento.

## 4 Eventos Cubiertos

## a. Renta Diaria por Hospitalización

Se indemniza la Renta Diaria de acuerdo a lo siguiente:

- a.1. En el caso de Hospitalización, cuando se presente después de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia continua de la póliza en esta compañía para el Asegurado afectado, salvo en caso de accidentes la cobertura inicia a partir del primer día. El tiempo máximo de pago es de 30 (treinta) días.
- a.2. Para la Hospitalización por parto normal y cesárea siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía; con máximo de 2 (dos) días de Renta Diaria. En caso de complicación del parto, éste queda cubierta por un tiempo máximo de hasta 30 (treinta) días, igualmente siempre y cuando la madre cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia.

- a.3. Para la Hospitalización por las complicaciones del recién nacido siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía; con un máximo de 30 días de Renta Diaria.
- a.4. La **Renta Diaria** de los siguientes padecimientos siempre y cuando el **Asegurado** afectado cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía:
- Padecimientos ginecológicos.
  - Padecimientos de la columna vertebral.
  - Padecimientos de glándulas mamarias.
  - Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
  - Amigdalitis y adenoiditis.
  - Hernias y eventraciones.
  - Nariz o senos paranasales.

Salvo en el caso de politraumatismo.

- a.5. En los demás casos cuando la Hospitalización se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la póliza en esta compañía para el **Asegurado** afectado.

El límite de responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de Rentas Diarias será hasta un máximo de 30 (treinta) días de indemnización por padecimiento, por cada año de vigencia, excepto en Parto Normal y Cesárea en los cual será máximo de 2(dos) días.

**b. Indemnización por diagnóstico o tratamiento**

Se indemniza la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada uno de los siguientes eventos:

- b.1. Para Fracturas de Huesos y Politraumatismos a partir del primer día de vigencia de la póliza para el Asegurado afectado.

En el caso de Fracturas de Huesos la indemnización es única dentro de la vigencia de la póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

**Quedan excluidas las Fracturas de Huesos del pie, las manos y la nariz. En caso de que se determine Politraumatismo, éste será cubierto conforme al siguiente inciso.**

- b.2. Para los siguientes eventos, siempre y cuando el **Asegurado** afectado cuente con al menos 3 meses de vigencia continua en la póliza en esta compañía:

- Apendicectomía.
- Colecistectomía.
- Litiasis.
- Cáncer. Excepto cáncer no invasivo in-situ y el cáncer de piel.
- Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón.
- Infarto o Derrame Cerebral.
- Transplantes de los siguientes órganos mayores: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.
- Insuficiencia Renal Crónica.

Para el caso de Politraumatismo, será necesario que cuente con al menos 30 días de vigencia continua.

Para cada uno de estos eventos, la Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

- b.3. Para SIDA siempre y cuando el **Asegurado** afectado cuente con al menos 4 años de vigencia continua en la póliza en esta compañía.

La Suma Asegurada es única en la vida del **Asegurado**.

El SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que hayan transcurrido los primeros 4 años de vigencia continua de la póliza en esta Compañía.

**5. Exclusiones**

Para efectos de este Contrato, quedan excluidas las Rentas Diarias por Hospitalización e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- a. Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.
- b. Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.
- c. Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.
- d. Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun y cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e. Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico.
- f. Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.
- g. Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.
- h. Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.
- i. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check up".
- j. Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.
- k. Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.
- l. Tratamientos en vías de experimentación.
- m. Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.
- n. Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

**6 Pago de Indemnizaciones****6.1 Límites de Indemnizaciones**

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de La Compañía dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todas los documentos que fundamenten la indemnización que La Compañía haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula 6.2 Comprobación del evento cubierto.

Las indemnizaciones para los Eventos Cubiertos citados en la cláusula 4, se pagarán de acuerdo a los siguientes límites:

EVENTO	RENDA DIARIA
Hospitalización	De acuerdo a 4.a 1/2 SMMGVDF*

\* SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

EVENTO	DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO	SUMA ASEGURADA
Indemnizaciones	<b>De acuerdo a 4.b.1</b>	
	Fractura de Huesos	1 SMMGVDF*
	<b>De acuerdo a 4.b.2</b>	
	Colecistectomía	5 SMMGVDF*
	Litiasis	
	Apendicectomía	
	Cáncer	20 SMMGVDF*
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	
	Derrame o Infarto Cerebral	
	Trasplante de órganos mayores	
Insuficiencia Renal		
Politraumatismos	20 SMMGVDF*	
<b>De acuerdo a 4.b.3</b>		
Sida		

\* SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en el Distrito Federal

## 6.2 Comprobación del evento Cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- (i) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- (ii) En el caso de una reclamación por Renta Diaria por Hospitalización, será indispensable presentar:
  - El comprobante de la Institución Hospitalaria con nombre completo del paciente, diagnóstico y número de días de estancia.
  - La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (Sólo para el caso de Hospitalización en hospitales privados).
- (iii) En caso de una Indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:
  - El informe del médico tratante.
  - Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

**El Asegurado acepta y reconoce expresamente que La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.**

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anterior a la fecha de Vigencia de la póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que La Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y La Compañía, para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

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

## 6.3 Procedimiento para el cobro de indemnización

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el procedimiento para el cobro de la indemnización correspondiente amparada por la presente póliza, deberá ser realizada de acuerdo con los apartados 6.1 y 6.2 precedentes.

## 7 Cláusulas Generales.

### 7.1 Cláusulas de Interés para el Asegurado

#### a. Renovación

Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el asegurado no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**b. Primas**

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma, o
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto.

**c. Ajustes por movimientos de Asegurados**

En el caso de altas de Asegurados, **La Compañía** cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante el 60% de la prima no devengada.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de primas.

**d. Edad Alcanzada**

a) **La Compañía** aceptará el ingreso a la póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de renovación, y ajustes por movimientos de Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras vivan los Asegurados mediante la obligación del pago de la prima.

b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los Asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y **La Compañía** reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de **La Compañía** se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

d) **La Compañía** se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, **La Compañía** deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

**e. Periodo de Gracia**

El contratante dispondrá de treinta días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

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

Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

**f. Reconocimiento de Antigüedad.**

No se reconocerá antigüedad entre Compañías.

**7.2 Cláusulas Operativas****a. Residencia**

Para efecto de esta póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

**b. Vigencia**

La vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la Póliza.

**c. Modificaciones**

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 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.

**7.3 Cláusulas Contractuales****a. Competencia**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Institución proponga, 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.

**b. Preexistencia**

Es aquel padecimiento y/o enfermedad del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a. Que previamente a la celebración de un Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico 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 algún diagnóstico.
- b. Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya 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 resumen del expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c. Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

**c. Prescripción**

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

**d. Omisiones o inexactas declaraciones**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

**e. Moneda**

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en moneda nacional.

**f. Notificaciones**

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a La Compañía en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier notificación realizada por La Compañía relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

**g. Revelación de Comisiones**

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

**h. Interés Moratorio**

En caso de que La Compañía, no obstante de 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 indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**Ley sobre el Contrato de Seguro 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.

**Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Artículo 135 BIS.-** Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

**I.-** Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones de Seguros, bajo el registro \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_**

**ANEXO 3 Solicitud**  
**Seguro Individual/Familiar de Gastos Médicos**

**I. DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre o Razón Social					
RFC			CURP (personas físicas)		
Forma de pago : <b>ANUAL</b>		Domicilio			
No. Exterior e Interior		Código Postal		Colonia	
Delegación			Ciudad		Estado
Teléfono domicilio			E-mail		

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio de correspondencia			Entre qué calles		
Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega

**II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR**

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Estado Civil	Género (M/F)	Ciudad donde Reside	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
Hijo 4									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada uno de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Estado de salud	Especificar	Titular	Cón-yuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como: litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fístulas ano rectales?							
2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado?							
3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis indicar si ya se operó, hernias en la cavidad abdominal, varices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata?							

4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase?							
5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?							
6. <b>En caso de ser mujer, además contestar.</b> ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.							

**III. EXCLUSIVO PARA MUJERES**

Parentesco	¿Esta actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

**IV. OTROS SEGUROS**

Parentesco	Tipo de Seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

**DECLARACION DEL ASEGURADO**

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a \_\_\_\_\_, la información de su conocimiento y que a su vez \_\_\_\_\_, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular

(En caso de que sea distinto al Contratante)

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-xxxx de fecha xxxx.

## ANEXO 4

## LOGOTIPO

## FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

## INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERA SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACION COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA COMPAÑIA NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACION NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA POLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERA VALIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

TIPO DE RECLAMACION:  ACCIDENTE  EMBARAZO  ENFERMEDAD

COBERTURA(S) AFECTADA(S):  RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION  INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE:		NUMERO DE POLIZA:	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR:		R.F.C. o C.U.R.P.:	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO AFECTADO:		R.F.C. o C.U.R.P.:	
NUMERO CERTIFICADO DEL AFECTADO:	FECHA DE NACIMIENTO: (DIA /MES/ AÑO)	SEXO:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO CON EL TITULAR:	TELEFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRONICO :
OCUPACION o PROFESION:	LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA:	GIRO DE LA EMPRESA:	
DOMICILIO/CALLE:	NUMERO EXTERIOR:	NUMERO INTERIOR:	COLONIA:
CODIGO POSTAL :	DELEGACION:	ESTADO:	

FECHA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O APARICION DE LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD: (DIA /MES/ AÑO)	INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SINTOMAS QUE PRESENTO:
FECHA EN QUE VISITO POR PRIMERA VEZ AL MEDICO POR ESTA ENFERMEDAD: DIA /MES/ AÑO)	INDIQUE EL DIAGNOSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACION:
¿QUE ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO?	
SI ES ACCIDENTE DETALLESE, ¿COMO Y DONDE FUE?:	AUTORIDAD QUE TOMO CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE:

¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INDIQUE LA COMPAÑÍA:
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INDIQUE NUMERO DE SINIESTRO:
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO DIAS DE ESTANCIA:	TIPO DE HOSPITAL: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO
PERIODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)	NUMERO DIAS DE ESTANCIA:

NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) MEDICO(S) TRATANTE(S)	ESPECIALIDAD DEL (LOS) DOCTOR(ES):
¿MEDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS?:	CAUSA Y FECHA

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).
2. EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA).
3. FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MEDICOS EROGADOS POR LA ATENCION DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES (SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACION EN HOSPITALES PRIVADOS).
4. EN SU CASO, INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE.
5. COPIA DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA INSTITUCION (EN CASO DE ACCIDENTE).
6. INFORMES MEDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACION DEL MEDICO TRATANTE (NOTAS MEDICAS DEL HOSPITAL).
7. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FISICA.
8. LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MEDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNOSTICO.

NOTA:

AUTORIZO A LOS MEDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLINICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNOSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESION Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑÍA, AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACION REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, HISTORIAL CLINICO, INDICACIONES MEDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACION CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLINICO, MISMA QUE PODRA SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE LA COMPAÑÍA LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUES DE MI FALLECIMIENTO. CON LA PRESENTE AUTORIZACION RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MEDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACION REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACION DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑÍA LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑÍA PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACION QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.

FECHA: (DIA /MES/ AÑO) LUGAR:

\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR** **NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO**

ANEXO 5

**FIM**  
**INFORME MÉDICO**

**LOGOTIPO**

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN												
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	(ESPACIO LIBRE)	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M									
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____											
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)												
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS											
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)											
PADECIMIENTO ACTUAL												
<table border="1" style="float: right; margin-left: auto;"> <tr><th colspan="3">FECHA DE NICIO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">DA</td><td style="font-size: 8px;">MES</td><td style="font-size: 8px;">AÑO</td></tr> </table>				FECHA DE NICIO						DA	MES	AÑO
FECHA DE NICIO												
DA	MES	AÑO										
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO											
<table border="1" style="float: right; margin-left: auto;"> <tr><th colspan="3">FECHA DIAGNÓSTICO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="font-size: 8px;">DA</td><td style="font-size: 8px;">MES</td><td style="font-size: 8px;">AÑO</td></tr> </table>				FECHA DIAGNÓSTICO						DA	MES	AÑO
FECHA DIAGNÓSTICO												
DA	MES	AÑO										
<b>TIPO DE PADECIMIENTO</b> <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____												
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)												

ANEXO 5

TRATAMIENTO	
CODIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO
FECHA DE INICIO DIA    MES    AÑO	
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
OBSERVACIONES	
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA
CIUDAD:	FECHA DE INGRESO    FECHA DE EGRESO DIA    MES    AÑO    DIA    MES    AÑO
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____	TELÉFONO: _____
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____    CELULAR: _____
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN _____
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____
PRESUPUESTO	
(ESPACIO LIBRE)	

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

---

 LUGAR Y FECHA

---

 FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

**CIRCULAR S-8.7 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de seguros especializadas en salud, el modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de salud, en la operación de accidentes y enfermedades.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S-8.7**

**Asunto:** Se da a conocer modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de salud, en la operación de accidentes y enfermedades.

A las instituciones de seguros especializadas en salud

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Comisión, después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y de las instituciones de seguros, da a conocer el modelo de contrato de adhesión de la cobertura de salud, en la operación de accidentes y enfermedades, que esas instituciones deberán utilizar como producto básico estandarizado en complemento a su oferta regular de productos, el cual considera condiciones contractuales uniformes y de fácil comprensión, a fin de garantizar que la población mexicana se encuentre en posibilidad de comparar la prima de tarifa de este producto que fije cada una de las instituciones, con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población.

En tal virtud, anexo a la presente Circular, se acompaña el modelo de contrato de adhesión y demás documentación contractual del producto básico estandarizado de la cobertura de salud, en la operación de accidentes y enfermedades, al que deberán apegarse esas instituciones.

Para el registro del producto básico estandarizado, esas instituciones de seguros deberán observar lo previsto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Circular S-8.1 vigente, emitida por esta Comisión, previendo que la nota técnica en la que cada institución sustente la tarificación de la prima, guarde congruencia con el presente modelo.

Al solicitar el mencionado registro, esas instituciones deberán indicar en la pantalla de captura del sistema de registro de productos, que se trata del modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de salud, en la operación de accidentes y enfermedades; asimismo, en el dictamen jurídico deberán señalar que las cláusulas de la documentación contractual corresponden en su integridad a las cláusulas del modelo de contrato de adhesión de la cobertura de salud, en la operación de accidentes y enfermedades, a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que se dan a conocer por la presente Circular.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Las instituciones de seguros deberán efectuar el registro y ofrecer al público el producto básico estandarizado a que se refiere la presente Circular, dentro de los 180 días naturales siguientes al de su entrada en vigor.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

## ANEXO 1

Modulo	Edad	Consultas			Estudios de Laboratorio o Gabinete			
		Número	Suma Asegurada Máxima	Copagos	Concepto	Suma Asegurada Máxima	Copagos	
Preventivo	0 a 17	3	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*				
	18 a 40	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	a) Biometría Hemática b) Examen general de orina c) Química sanguínea de tres elementos.	8 SMDGVDF*	20%	
	41 o más	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	<u>Hombres:</u> a) Examen General de Orina b) Química sanguínea de 5 elementos c) Biometría Hemática d) Antígeno prostático.  <u>Mujeres:</u> a) Examen General de Orina b) Química sanguínea de 5 elementos c) Biometría Hemática d) Papanicolau	20 SMDGVDF*	20%	
Correctivo	Todas	3	- Primer Contacto 4 SMDGVDF*. - Especialista SMDGVDF*.	8	2 SMDGVDF*	Los que el médico indique	20 SMDGVDF*	20%

(\*) SMMGVDF, Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal

## Características del Seguro

### Tipo de seguro

Seguro de Salud Individual

### Forma de otorgar la cobertura:

A través de la red o vía reembolso

### Edades de Aceptación

Mínima de Admisión 0 años

Máxima de Aceptación 64 años

Máxima de Renovación Vitalicia

### Forma de Pago

Anual

### Tarifa

Cada compañía definirá la tarifa total por edades, género o única, y por estado de la república

### Compañías que tiene la obligación de registrar y operar este seguro

Aquellas que tengan la autorización en el ramo

Aquellas que estén comercializando seguros individuales.

## INDICE

**CONDICIONES GENERALES**

1. DEFINICIONES
  - 1.1 ACCIDENTE
  - 1.2 ASEGURADO
  - 1.3 COBERTURA
  - 1.4 LA COMPAÑIA
  - 1.5 CONSULTA
  - 1.6 CONTRATANTE
  - 1.7 CONTRATO DE SEGURO
  - 1.8 COPAGO
  - 1.9 DEPENDIENTES ECONOMICOS
  - 1.10 DIAGNOSTICO
  - 1.11 EDAD
  - 1.12 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO
  - 1.13 ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE
  - 1.14 EXPEDIENTE CLINICO
  - 1.15 FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA
  - 1.16 FECHA DE INICIO DE COBERTURA
  - 1.17 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
  - 1.18 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
  - 1.19 GASTO MEDICO
  - 1.20 GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS
  - 1.21 GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS
  - 1.22 LUGAR DE RESIDENCIA
  - 1.23 MEDICO
  - 1.24 MEDICO DE PRIMER CONTACTO
  - 1.25 MEDICO ESPECIALISTA
  - 1.26 PAGO DIRECTO
  - 1.27 PERIODO DE GRACIA
  - 1.28 PLAN
  - 1.29 POLIZA
  - 1.30 PREEXISTENCIA
  - 1.31 PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS
  - 1.32 RECLAMACION O SOLICITUD DE SERVICIOS
  - 1.33 RECIBO DE PAGO.
  - 1.34 RED MEDICA
  - 1.35 REEMBOLSO
  - 1.36 SALUD
  - 1.37 SOLICITUD
  - 1.38 SOLICITANTE TITULAR O ASEGURADO TITULAR
  - 1.39 SUMA ASEGURADA
  - 1.40 TERRITORIO
  - 1.41 TRATAMIENTO MEDICO
2. OBJETO DEL SEGURO
3. DESCRIPCION DE LA COBERTURA
  - 3.1 GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS  
GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS CUBIERTOS  
GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS NO CUBIERTOS
  - 3.2 GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS  
GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS CUBIERTOS  
GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS NO CUBIERTOS
4. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES
  - 4.1 SINIESTROS
  - 4.2 PAGO DE RECLAMACIONES
  - 4.3 PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO DE INDEMNIZACION

5. CLAUSULAS GENERALES
  - 5.1 PERIODO DE PAGO DE BENEFICIO
  - 5.2 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES
  - 5.3 VIGENCIA
  - 5.4 RESIDENCIA
  - 5.5 RED MEDICA
  - 5.6 PRIMAS
  - 5.7 REVELACION DE COMISIONES
  - 5.8 ALTAS
  - 5.9 BAJAS
  - 5.10 AJUSTES
  - 5.11 RENOVACION
  - 5.12 PRESCRIPCION
  - 5.13 MONEDA
  - 5.14 FORMA DE PAGO
  - 5.15 LUGAR DE PAGO
  - 5.16 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
  - 5.17 COMPETENCIA
  - 5.18 EDAD
  - 5.19 SERVICIO DE PAGO DIRECTO
  - 5.20 SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO
  - 5.21 INTERES MORATORIO

#### CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

Para efectos del siguiente contrato se considerarán las siguientes definiciones:
- 1.1 **Accidente**

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.
- 1.2 **Asegurado**

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.
- 1.3 **Cobertura**

Beneficios ofrecidos por este seguro dirigido a prevenir y restaurar la salud con acciones que se realicen en beneficio del Asegurado. Tiene como objeto cubrir los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos erogados en territorio nacional.
- 1.4 **La Compañía**

Nombre con el cual se designará a la aseguradora en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.
- 1.5 **Consulta**

Relación Médico-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.
- 1.6 **Contratante**

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
- 1.7 **Contrato de Seguro**

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

  - a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
  - b) La Póliza.
  - c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
  - d) Las Condiciones Generales.
  - e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
  - f) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo.

**1.8 Copago**

Cantidad fija o porcentaje a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Médicos Preventivos y Correctivos.

**1.9 Dependientes Económicos**

Cónyuge o Concubino e hijos del Asegurado, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.

**1.10 Diagnóstico**

Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos, con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete

**1.11 Edad**

La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada.

**1.12 Enfermedad o padecimiento**

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

**1.13 Estudios de laboratorio o gabinete**

Análisis necesarios para soportar la valoración del estado de salud del paciente, realizados por instituciones autorizadas para tal efecto.

**1.14 Expediente Clínico**

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por la Aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente clínico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

**1.15 Fecha de ingreso a la Aseguradora**

Es la fecha más antigua, demostrable mediante documentos emitidos por La Compañía, (pólizas, endosos o recibos) en la que el Asegurado fue integrado mediante un contrato de seguros que opera a nombre de la compañía, a partir de la cual ha mantenido su cobertura en forma ininterrumpida.

**1.16 Fecha de inicio de Cobertura**

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

**1.17 Fecha de inicio de Vigencia**

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

**1.18 Fecha de término de Vigencia**

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

**1.19 Gasto Médico**

El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos.

**1.20 Gastos Médicos Correctivos**

Son los gastos que realiza el Asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud y evitar complicaciones posteriores. Gastos que se realizan por consultas médicas y estudios de laboratorio y gabinete a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes Condiciones Generales.

**1.21 Gastos Médicos Preventivos**

Consultas, Exámenes Médicos y/o Estudios de Laboratorio y Gabinete, periódicos especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud.

**1.22 Lugar de residencia**

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, domicilio habitual.

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

**1.23 Médico**

Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en Territorio Nacional.

**1.24 Médico de Primer Contacto**

Médico de la Red de La Compañía que puede ser Médico General, Médico familiar, gineco-obstetra o pediatra, que presta sus servicios médicos a los Asegurados.

**1.25 Médico Especialista**

Médico de la Red de La Compañía que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad, y que presta sus servicios a los Asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad.

**1.26 Pago Directo**

Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato respectivo.

**1.27 Periodo de Gracia**

Plazo que La Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

**1.28 Plan**

Conjunto de características específicas del contrato de seguro.

**1.29 Póliza**

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo de financiar un gasto médico, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

**a) Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

- 1 Nombres y firmas de quien propone y quien acepta la transferencia
- 2 La designación de las personas aseguradas,
- 3 La naturaleza de los riesgos transferidos
- 4 El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
- 5 Lista de Endosos incluidos
- 6 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles, Copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
- 7 Alcance de la cobertura.

**b) Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

**c) Endosos.-** Documento, generado por la Aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

**1.30 Preexistencia**

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

**1.31 Prestadores de servicios médicos y hospitalarios**

Médicos, hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

**1.32 Reclamación o Solicitud de Servicios**

Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza, establecidas en las condiciones.

**1.33 Recibo de Pago**

Es el documento expedido por La Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

**1.34 Red Médica**

Conjunto de Prestadores de Servicios Médico y Hospitalarios que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura, que asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al Asegurado la opción de elegir libremente cuáles de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea su por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

**1.35 Reembolso**

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza.

**1.36 Salud**

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social.

**1.37 Solicitud**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

**1.38 Solicitante Titular o Asegurado Titular**

Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.

**1.39 Suma Asegurada**

Límite máximo de responsabilidad de La Compañía por cada Evento cubierto, de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la Póliza que forma parte de éste contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

**1.40 Territorio**

Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio Nacional, "Estados Unidos Mexicanos".

**1.41 Tratamiento Médico**

Conjunto de acciones y/o procedimientos que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

**2. OBJETO DEL SEGURO**

Nombre de la compañía, en adelante denominada La Compañía, se obliga a cubrir al Asegurado los beneficios especificados en la Descripción de cobertura (Sección 3), siempre y cuando ocurra el evento cubierto durante la vigencia de la Póliza y se cumpla con lo establecido en el numeral 4.

**3. DESCRIPCION DE LA COBERTURA**

Este producto ofrece al Asegurado dos coberturas:

- 1) Gastos Médicos Preventivos y
- 2) Gastos Médicos Correctivos

**Objeto**

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de Gastos Médicos preventivos y consultas de Gastos Médicos Correctivos, en territorio nacional especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho los Asegurados con el fin de preservar su salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Los Gastos Médicos Correctivos, estudios de laboratorio y gabinete, Consultas o Exámenes Médicos cubiertos podrán realizarse con los Médicos o instituciones elegidos por el Asegurado o los mencionados en la relación que se muestra en el folleto explicativo de La Compañía.

Modulo	Edad	Consultas			Estudios de Laboratorio o Gabinete		
		Número	Suma Asegurada Máxima	Copagos	Concepto	Suma Asegurada Máxima	Copagos
Preventivo	0 a 17	3	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*			
	18 a 40	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	a) Biometría Hemática b) Examen general de orina c) Química sanguínea de tres elementos.	8 SMDGVDF*	20%
	41 o más	2	4 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	Hombres: a) Examen General de Orina b) Química sanguínea de 5 elementos c) Biometría Hemática d) Antígeno prostático.  Mujeres: a) Examen General de Orina b) Química sanguínea de 5 elementos c) Biometría Hemática d) Papanicolau	20 SMDGVDF*	20%
Correctivo	Todas	3	- Primer Contacto 4 SMDGVDF*. - Especialista 8 SMDGVDF*.	2 SMDGVDF*	Los que el médico indique	20 SMDGVDF*	20%

(\*) SMDGVDF, Salario Mínimo Diario General Vigente en el Distrito Federal

### 3.1 GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS

#### GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS CUBIERTOS:

Mediante esta cobertura el Asegurado tendrá derecho, en cada año Póliza, a los siguientes beneficios de Gastos médicos preventivos:

#### 1. Para Menores de 18 años de edad.

Tres Consultas

#### 2. A partir de 18 años y hasta 40 años de edad.

Dos Consultas y los siguientes exámenes de laboratorio:

- a) Examen General de Orina
- b) Biometría Hemática y
- c) Química Sanguínea de tres elementos

#### 3. A partir de 41 años de edad.

Dos Consultas y los siguientes exámenes de laboratorio.

Para varones:

- a) Examen General de Orina
- b) Química Sanguínea de 5 elementos
- c) Biometría Hemática
- d) Antígeno Prostático

Para mujeres:

- a) Examen General de Orina
- b) Química Sanguínea de 5 elementos
- c) Biometría Hemática
- d) Papanicolau

Para esta cobertura únicamente aplica el Copago según corresponda:

- a) En el caso de las **Consultas**, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.

- b) La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por consulta, especificada en la carátula de la Póliza.
- c) Respecto a **Estudios de laboratorio o Gabinete**, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto. Aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la Suma Asegurada Máxima de esta cobertura.

La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

#### **GASTOS MEDICOS PREVENTIVOS NO CUBIERTOS**

1. **No se cubre ninguna vacuna ni medicamento.**
2. **No se cubrirán Consultas ni exámenes de laboratorio y gabinete que no estén especificados en los puntos anteriores.**

#### **3.2 GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS**

##### **GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS CUBIERTOS:**

Se cubren, en cada año Póliza, tres Consultas con Médicos de Primer Contacto o Médicos especialistas, con excepción de las Consultas mencionadas en las exclusiones de esta cobertura.

También se cubrirán estudios de laboratorio y gabinete, excepto los estudios mencionados en las exclusiones de esta cobertura.

Estos beneficios se otorgan para todos los Asegurados, a partir de la fecha de alta en la Póliza.

Para esta cobertura únicamente aplica el Copago según corresponda:

- a) En el caso de las **Consultas**, de acuerdo al tipo de médico (Médicos de Primer Contacto o Médicos especialistas), el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por cada una de las consultas que reciba.
- b) La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por consulta, especificada en la carátula de la Póliza.
- c) Respecto a **Estudios de laboratorio o gabinete**, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza por este concepto. Aplicando dicho porcentaje al valor de la(s) factura(s) de los servicios utilizados y hasta la Suma Asegurada Máxima de esta cobertura.

La Aseguradora pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por este concepto, especificada en la carátula de la Póliza.

#### **GASTOS MEDICOS CORRECTIVOS NO CUBIERTOS**

1. **Consultas, estudios y tratamientos relacionados a las afecciones propias del embarazo, parto o puerperio, dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones. No se cubren las Consultas, estudios y tratamientos de carácter obstétricos o del control del embarazo.**
2. **Consultas, estudios o tratamientos con dietistas, ni de carácter estético.**
3. **Padecimientos preexistentes.**

#### **4. SINIESTROS Y PAGO DE RECLAMACIONES**

##### **4.1 SINIESTROS**

- a) Es obligación del Asegurado pagar en cada consulta, el monto equivalente al Copago correspondiente de acuerdo a lo señalado en la sección 3.1 y 3.2
- b) Los estudios de laboratorio y gabinete, correspondientes a gastos médicos correctivos, sólo serán autorizados en caso de que el Médico de primer contacto o especialista así lo considere, remitiéndose una nueva orden de atención.
- c) Es obligación del Asegurado pagar el monto equivalente al Copago indicado en la carátula de la Póliza sobre el valor de la(s) factura(s) de los estudios realizados.

##### **4.2 PAGO DE RECLAMACIONES**

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía, en el curso de los primeros **30 días naturales**, de cualquier Reclamación que pueda ser motivo de reembolso.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a La Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además de los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurados o familiares del Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo reembolsará los honorarios de Médicos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos realizados por Estudios de Laboratorio y Gabinete en empresas legalmente autorizadas.
- e) La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para las reclamaciones de Gastos Médicos Correctivos o Gastos Médicos Preventivos, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará la cantidad por concepto de Copago de acuerdo al porcentaje o Monto máximo establecido en la carátula de la Póliza, para cada concepto.
- c) El Copago así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada evento cubierto.

#### 4.3 PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO DE INDEMNIZACION

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el procedimiento para el cobro de la indemnización correspondiente amparada por la presente póliza, deberá ser realizada de acuerdo con los apartados 4.1 y 4.2 precedentes.

### 5. CLAUSULAS GENERALES

#### 5.1 Periodo de Pago de Beneficio

Las obligaciones del presente contrato cesarán al reclamarse el número de consultas amparadas en cada año Póliza, exámenes preventivos o agotarse la Suma Asegurada, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente.

#### 5.2 Modificaciones y Notificaciones

El Contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Contratante y **La Compañía**, siempre y cuando no implique cambios a las características o cobertura del producto básico estandarizado.

Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por **La Compañía**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido del Contrato o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Solicitante Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a **La Compañía** por escrito, precisamente en su domicilio social. En caso de que la dirección de la oficina de **La Compañía** llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (La Compañía “deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República”,

#### 5.3 Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza.

#### 5.4 Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

#### 5.5 Red Médica

La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo

**La Compañía** tendrá la obligación de poner a disposición del Asegurado, en caso de que exista un cambio en la red de La Compañía.

#### 5.6 Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante dispondrá de 30 días naturales (**periodo de gracia**) a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

En tanto la prima no sea liquidada no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso.

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

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma, o;
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto.

#### 5.7 Revelación de Comisiones

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

#### 5.8 Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y aceptación de **La Compañía**, conforme a las pruebas de asegurabilidad que ésta establezca. Esta inclusión deberá ser reportada a **La Compañía** en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Del mismo modo, si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza siempre que se dé aviso a La Compañía del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 6 de Primas.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a **La Compañía** a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 5.6 de Primas.

#### 5.9 Bajas

Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Solicitante Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que pierdan esa condición.

#### 5.10 Ajustes

En caso de Altas de Dependientes, **La Compañía** cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de Bajas de Dependientes, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

#### 5.11 Renovación

Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de **La Compañía**, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

**La Compañía** acuerda que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su Póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los Asegurados de este Contrato cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 5.16. Omisiones o Inexactas Declaraciones de la sección 5. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este Contrato se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que **La Compañía** tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva.

Por esta cláusula La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad, sexo y lugar de residencia del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

#### **5.12 Prescripción**

Todas las acciones que se deriven del presente 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 les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 que establece lo siguiente: "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".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

#### **5.13 Moneda**

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en el momento de los mismos.

#### **5.14 Forma de Pago**

Este producto se operará sólo con forma de pago anual.

#### **5.15 Lugar de Pago**

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma, o;
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto.

#### **5.16 Omisiones o Inexactas Declaraciones**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la ocurrencia del siniestro.

#### **5.17 Competencia**

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las aseguradoras deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o La Compañía proponga, 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.

**5.18 Edad**

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación, Altas, Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la Renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del contrato, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

**5.19 Servicio de Pago Directo**

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de La Compañía respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago de las Consultas, Exámenes Médicos y Estudios de Laboratorio y Gabinete que correspondan de acuerdo al lugar de residencia, edad y sexo del Asegurado, especificado en las presentes coberturas, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Copago que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de La Compañía para verificar la situación de procedencia del caso y a la suficiencia de su red.

Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago del recibo no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada operando el pago únicamente vía reembolso.

**5.20 Sistema de Pago por Reembolso**

Se cubrirá el costo de las Consultas Médicas y de los estudios de laboratorio y gabinete cubiertos, menos el monto equivalente al Copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la Póliza.

**5.21 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 indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, (el cual estipula: "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"), se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio de conformidad con el art. 135 - Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro de fecha**

**ANEXO 3 Solicitud  
Seguro Individual/Familiar de Salud**

Solicitud No. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**I. DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre o Razón Social					
RFC			CURP (personas físicas)		
Relación con el Solicitante				Forma de Pago: ANUAL	
Domicilio					
No. Exterior e Interior		Código Postal		Colonia	
Delegación			Ciudad		Estado
Teléfono domicilio			E-mail		

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

Domicilio de correspondencia			Entre qué calles		
Colonia	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono oficina	Horario de entrega

**II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR**

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)	Estado Civil	Género (M/F)	Ciudad donde Reside	Peso (Kg.)	Estatura (Mts)
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Hijo 3									
Hijo 4									

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada uno de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

Hábitos Personales	Especificar	Titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. ¿Consume bebidas alcohólicas? (No. de copas y frecuencia)							
2. ¿Fuma o ha fumado (No. de cigarros al día)?							
3. ¿Visita al Odontólogo por lo menos una vez al año?							
4. ¿Practica algún deporte? (Deporte y frecuencia)							
Estado de Salud							
5. ¿Padece o ha padecido de problemas neurológicos como epilepsia o migraña entre otros?							
6. ¿Padece diabetes?							
7. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiacas o presión arterial alta?							
8. ¿Padece o ha padecido de problemas ginecológicos como fibrosis o miomas entre otros?							
9. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del hígado como hepatitis B/C o cirrosis entre otras?							

10. ¿Padece o ha padecido de la columna vertebral Como escoliosis o hernias discales entre otras?							
11. ¿Padece o ha padecido del riñón y/o del sistema urinario como cálculos entre otros?							
12. ¿Padece o ha padecido de enfermedades pulmonares como asma, bronquitis o neumonía entre otras?							
13. ¿Padece o ha padecido de problemas gástricos como colitis, gastritis o úlcera gástrica entre otros?							
14. ¿Padece o ha padecido de deformaciones en las articulaciones o artritis?							
15. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?							
16. ¿Padece o ha padecido de niveles altos de colesterol, triglicéridos o lípidos?							
17. ¿Tiene o ha tenido algún tumor maligno o cáncer?							
18. ¿Padece alguna enfermedad o padecimiento diferente a los mencionados anteriormente (hospitalizaciones u otros padecimientos previos o cirugías pendientes)?							
19. ¿Usa o necesita lentes de graduación?							

**III. EXCLUSIVO PARA MUJERES**

Parentesco	¿Está actualmente embarazada?	Meses de gestación	¿Ha tenido alguna complicación?

**IV. OTROS SEGUROS**

Parentesco	Tipo de Seguro	Compañía	¿Presentó reclamaciones?	Fin de vigencia

**DECLARACION DEL ASEGURADO**

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a \_\_\_\_\_, la información de su conocimiento y que a su vez \_\_\_\_\_, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular  
(En caso de que sea distinto al Contratante)

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-xxxx de fecha xxxx.

ANEXO 4

FECHA DE SOLICITUD

--	--	--

**SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA EL PRODUCTO BÁSICO**Tipo de Gasto Reclamado  Preventivo  Correctivo (Accidente o Enfermedad)**DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO**

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		
Fecha de Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Fecha de Alta en esta póliza <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
DIA MES AÑO			DIA MES AÑO					
Ocupación			Ciudad y Estado			TELÉFONO		
¿Tiene o ha tenido alguna cobertura de gastos médicos o programa de Salud con otra compañía						<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, por favor indique con que compañía						No. De Póliza		

**DATOS DEL EVENTO**En caso de que el gasto se sea correctivo (accidente o enfermedad) Fecha de inicio      

DIA MES AÑO

¿Cual fue el accidente o enfermedad?

¿Se realizaron estudios de laboratorio o gabinete?  SI  NO

En caso afirmativo, favor de anexar los resultados y especificar cuáles son:

**DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO**

1.- Nombre del Médico Tratante		Cedula Profesional
Teléfono consultorio	Especialidad	Cedula Especialidad

**DETALLE DE GASTOS RECLAMADOS**

Consulta		No. De Recibo		Cantidad	
No. De Recibo	Cantidad	No. De Recibo	Cantidad		
Estudios de Laboratorio		No. De Factura		Cantidad	
No. De Factura	Cantidad	No. De Factura	Cantidad		

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Titular

ANEXO 5

FECHA DE SOLICITUD		

**INFORME MÉDICO**  
**DEBE SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	No. de Póliza
<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Preventivo <input type="checkbox"/> Correctivo (Accidente o enfermedad)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Edad	Sexo	Causa de Reclamación	Solicitud de Exámenes Preventivos

Antecedentes Personales Patológicos

**PADECIMIENTO ACTUAL ( En caso de accidente o enfermedad )**

Principales Signos y Síntomas

DIA MES AÑO  
 Fecha de Inicio

Estudios que se recomienda practicar

DIA MES AÑO  
 Fecha de Inicio

Tipo de Padecimiento  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?  SI  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Resultado de exploración física y de los estudios realizados

Estudios que se recomienda practicar

DIA MES AÑO  
 Fecha de Inicio

Observaciones Generales

**DATOS GENERALES DEL MEDICO TRATANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Teléfono
Especialidad	R.F.C.	Celular	
Cédula de Especialidad ó Certificación	E-mail		
No. de Proveedor			

Nota: La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que he realizado solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_

**CIRCULAR S-8.8 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de seguros especializadas en salud, el modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

**CIRCULAR S-8.8**

**Asunto:** Se da a conocer modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades.

A las instituciones de seguros especializadas en salud

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Comisión, después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y de las instituciones de seguros, da a conocer el modelo de contrato de adhesión de la cobertura de salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades, que esas instituciones deberán utilizar como producto básico estandarizado en complemento a su oferta regular de productos, el cual considera condiciones contractuales uniformes y de fácil comprensión, a fin de garantizar que la población mexicana se encuentre en posibilidad de comparar la prima de tarifa de este producto que fije cada una de las instituciones, con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población.

En tal virtud, anexo a la presente Circular, se acompaña el modelo de contrato de adhesión y demás documentación contractual del producto básico estandarizado de la cobertura de salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades, al que deberán apegarse esas instituciones.

Para el registro del producto básico estandarizado, esas instituciones de seguros deberán observar lo previsto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Circular S-8.1 vigente, emitida por esta Comisión, previendo que la nota técnica en la que cada institución sustente la tarificación de la prima, guarde congruencia con el presente modelo.

Al solicitar el mencionado registro, esas instituciones deberán indicar en la pantalla de captura del sistema de registro de productos, que se trata del modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades; asimismo, en el dictamen jurídico, deberán señalar que las cláusulas de la documentación contractual corresponden en su integridad a las cláusulas del modelo de contrato de adhesión de la cobertura de salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades, a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que se dan a conocer por la presente Circular.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Las instituciones de seguros deberán efectuar el registro y ofrecer al público el producto básico estandarizado a que se refiere la presente Circular, dentro de los 180 días naturales siguientes al de su entrada en vigor.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

## ANEXO 1

## Seguro Básico Estandarizado de Salud Dental

### Características de la Cobertura

<b>DEDUCIBLE: Una vez por año póliza, más el copago por cada tratamiento realizado.</b>		
<b>Módulo</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Número de Servicios al año Póliza</b>
<b>Preventivo</b>	Consulta detallada y extensiva Diagnóstico, Plan de Tratamiento	1
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1
	<b>Aplicación tópica de fluor (Únicamente para menores de 14 años)</b>	1
	<b>Radiografías</b>	4
<b>Correctivo</b>	Amalgama simple (una superficie de dientes posteriores) ó compuesta (dos o más superficies del diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	4 en la combinación de amalgamas y resinas
	Resina simple (una superficie de diente anterior) ó compuesta (más de una superficie del diente anterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	
	Extracción Simple	2
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa	1

### Características del Seguro

#### Tipo de seguro

Seguro Dental Familiar (Mínimo tres personas)

#### Forma de otorgar la cobertura:

A través de la red o vía reembolso

#### Edades de Aceptación

Mínima de Admisión 0 años

Máxima de Aceptación Sin Límite

Máxima de Renovación Vitalicia

#### Forma de Pago

Anual

#### Tarifa

Cada compañía definirá la tarifa total por edades, única, y por estado de la república

#### Compañías que tiene la obligación de registrar y operar este seguro

Aquellas que tengan la autorización en el ramo

Aquellas que estén comercializando seguros dentales u odontológicos

**INDICE**

## CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
  - 1.1 AMALGAMAS
  - 1.2 AMALGAMA Y RESINA COMPUESTA
  - 1.3 AMALGAMA Y RESINA SIMPLES
  - 1.4 ASEGURADO
  - 1.5 BENEFICIARIO
  - 1.6 COBERTURA
  - 1.7 LA COMPAÑIA
  - 1.8 CONSULTA
  - 1.9 CONTRATANTE
  - 1.10 CONTRATO DE SEGURO
  - 1.11 COPAGO
  - 1.12 CREDENCIAL
  - 1.13 DEPENDIENTES ECONOMICOS
  - 1.14 DEDUCIBLE
  - 1.15 DIAGNOSTICO
  - 1.16 EDAD
  - 1.17 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO
  - 1.18 EXCLUSIONES
  - 1.19 EXPEDIENTE CLINICO
  - 1.20 EXTRACCION
  - 1.21 FECHA DE GASTO
  - 1.22 FECHA DE INGRESO A LA ASEGURADORA
  - 1.23 FECHA DE INICIO DE COBERTURA
  - 1.24 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
  - 1.25 FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
  - 1.26 FECHA DE PRIMER GASTO
  - 1.27 GASTO MEDICO
  - 1.28 GASTOS DENTALES U ODONTOLOGICOS MEDICOS CORRECTIVOS
  - 1.29 GASTOS DENTALES PREVENTIVOS
  - 1.30 HONORARIOS DENTALES U ODONTOLOGICOS
  - 1.31 LUGAR DE RESIDENCIA
  - 1.32 DENTISTA U ODONTOLOGO
  - 1.33 DENTISTA U ODONTOLOGO ESPECIALISTA
  - 1.34 PAGO DIRECTO
  - 1.35 PERIODO DE BENEFICIO
  - 1.36 PERIODO DE GRACIA
  - 1.37 PLAN
  - 1.38 POLIZA
  - 1.39 PROFILAXIS
  - 1.40 PROTESIS
  - 1.41 RADICECTOMIA
  - 1.42 RADIOGRAFIA
  - 1.43 RADIOGRAFIA DE ALETA DE MORDIDA
  - 1.44 RADIOGRAFIA OCLUSAL
  - 1.45 RADIOGRAFIA PERIAPICAL
  - 1.46 RECLAMACION O SOLICITUD DE SERVICIOS
  - 1.47 RECIBO DE PAGO
  - 1.48 RED MEDICA DENTAL
  - 1.49 REEMBOLSO
  - 1.50 SALUD
  - 1.51 SOLICITUD
  - 1.52 SOLICITANTE TITULAR O ASEGURADO TITULAR
  - 1.53 SUMA ASEGURADA O LIMITE ANUAL
  - 1.54 TABULADOR DE HONORARIOS MEDICOS
  - 1.55 TERRITORIO
  - 1.56 TRATAMIENTO DENTAL U ODONTOLOGICO
  - 1.57 URGENCIA DENTAL U ODONTOLOGICA

2. OBJETO DEL SEGURO
  3. ALCANCE DE LA COBERTURA
  4. EXCLUSIONES
  5. CLAUSULAS GENERALES
    - 5.1 PERIODO DE PAGO DE BENEFICIO
    - 5.2 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES
    - 5.3 VIGENCIA
    - 5.4 RESIDENCIA
    - 5.5 PRIMAS
    - 5.6 REVELACION DE COMISIONES
    - 5.7 ALTAS
    - 5.8 BAJAS
    - 5.9 AJUSTES
    - 5.10 RENOVACION
    - 5.11 PRESCRIPCION
    - 5.12 MONEDA
    - 5.13 FORMA DE PAGO
    - 5.14 LUGAR DE PAGO
    - 5.15 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
    - 5.16 COMPETENCIA
    - 5.17 INTERES MORATORIO
    - 5.18 TERMINACION
    - 5.19 CAMBIOS DE LA RED ODONTOLOGICA
  6. PAGO DE RECLAMACIONES
    - A) SERVICIO DE PAGO DIRECTO
    - B) SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO
    - C) PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO DE INDEMNIZACION
- CONDICIONES GENERALES

1. Definiciones  
Para efectos del siguiente contrato se considerarán las siguientes definiciones:
  - 1.1 **Amalgamas**  
Aleación de 2 o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales
  - 1.2 **Amalgama y resina compuesta**  
Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.
  - 1.3 **Amalgama y resina simples**  
Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.
  - 1.4 **Asegurado**  
Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.
  - 1.5 **Beneficiario**  
Persona o personas designadas en la Póliza por el Asegurado o contratante para recibir el beneficio del seguro.
  - 1.6 **Cobertura**  
Es el conjunto de servicios odontológicos amparados por la presente póliza, dirigidos a prevenir enfermedades dentales, así como a la promoción, fomento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud bucal de los asegurados, los cuales son proporcionados por la Aseguradora mediante recursos propios o contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos.
  - 1.7 **La Compañía**  
Nombre con el cual se designará a la aseguradora en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.
  - 1.8 **Consulta**  
Relación Dentista u Odontólogo-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.
  - 1.9 **Contratante**  
Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
  - 1.10 **Contrato de Seguro**  
Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- f) La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo

**1.11 Copago**

Cantidad fija o porcentaje a cargo del Asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Dentales u Odontológicos Correctivos y Preventivos.

**1.12 Credencial**

Tarjeta de Identificación que acredita al Asegurado de la presente póliza como tal, ante la Red de Dentistas u Odontólogos.

**1.13 Dependientes Económicos**

Cónyuge o Concubino e hijos del Asegurado, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.

**1.14 Deducible**

Cantidad fija a cargo del Asegurado correspondiente a los primeros gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la póliza.

**1.15 Diagnóstico**

Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos, con el apoyo de radiografías.

**1.16 Edad**

La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada.

**1.17 Enfermedad o padecimiento**

Es la alteración en la salud dental del Asegurado, diagnosticada por un Dentista u Odontólogo calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.

**1.18 Exclusiones**

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la póliza y que se encuentren expresamente indicados en la misma.

**1.19 Expediente Clínico**

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por la Aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente clínico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

**1.20 Extracción**

Es el procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria natural, ya sea temporal o permanente.

**1.21 Fecha de Gasto**

Momento en que se recibe o genera un servicio cubierto, independientemente de la fecha en que se pague al proveedor dicho servicio.

**1.22 Fecha de ingreso a la Aseguradora**

Es la fecha más antigua, demostrable mediante documentos emitidos por La Compañía, (pólizas, endosos o recibos) en la que el Asegurado fue integrado como Asegurado mediante un contrato de seguros que opera a nombre de la compañía, a partir de la cual ha mantenido su cobertura en forma ininterrumpida.

**1.23 Fecha de inicio de Cobertura**

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

**1.24 Fecha de inicio de Vigencia**

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

**1.25 Fecha de término de Vigencia**

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

**1.26 Fecha de primer Gasto**

Momento en que se realizó el primer gasto relacionado con el accidente o la enfermedad.

**1.27 Gasto Médico**

El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos.

**1.28 Gastos Dentales u Odontológicos Médicos Correctivos**

Son los gastos que realiza el asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud dental y evitar complicaciones posteriores.

Gastos que se realizan por tratamientos dentales u odontológicos y radiografías a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes Condiciones Generales.

**1.29 Gastos Dentales Preventivos**

Consultas, Exámenes Médicos y/o radiografías periódicos, especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud dental.

**1.30 Honorarios dentales u odontológicos**

Retribución económica que obtiene el Dentista u Odontólogo legalmente autorizado para los servicios que presta a los Asegurados de acuerdo a las coberturas y límites de la póliza.

**1.31 Lugar de residencia**

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, domicilio habitual.

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

**1.32 Dentista u Odontólogo**

Es la persona con estudios profesionales en Odontología, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado por el país en que ejerce su profesión.

**1.33 Dentista u Odontólogo Especialista**

Es la persona con estudios profesionales como Dentista u Odontólogo titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en Territorio Nacional.

**1.34 Pago Directo**

Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al Dentista u Odontólogo, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención dental u odontológica a los Asegurados.

**1.35 Periodo de beneficio**

Es el tiempo máximo para erogar los gastos médicos de los padecimientos amparados, de acuerdo con las condiciones del contrato.

**1.36 Periodo de Gracia**

Plazo posterior al vencimiento de la prima, que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de la misma, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro.

**1.37 Plan**

Conjunto de características específicas del contrato de seguro.

**1.38 Póliza**

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo de financiar un gasto médico, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

**a) Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

- 1 Nombres y firmas de quien propone y quien acepta la transferencia
- 2 La designación de las personas aseguradas,
- 3 La naturaleza de los riesgos transferidos
- 4 El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
- 5 Lista de Endosos incluidos
- 6 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles, Copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
- 7 Alcance de la cobertura.

**b) Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

**c) Endosos.-** Documentos, generados por la Aseguradora y recibidos por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifican alguno de los elementos contractuales, y que tienen por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

**1.39 Profilaxis**

Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes (Limpieza dental).

**1.40 Prótesis**

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce total o parcialmente lo que ha de sustituir.

**1.41 Radicectomía**

Procedimiento quirúrgico para la eliminación de las raíces de un órgano dentario.

**1.42 Radiografía**

Examen diagnóstico realizado con Rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.

**1.43 Radiografía de Aleta de Mordida**

Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

**1.44 Radiografía Oclusal**

Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o la mandíbula.

**1.45 Radiografía periapical**

Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.

**1.46 Reclamación o Solicitud de Servicios**

Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza, establecidas en las condiciones.

**1.47 Recibo de Pago**

Es el documento expedido por La Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

**1.48 Red Médica Dental**

Conjunto de Dentistas u Odontólogos que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura, que asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al asegurado la opción de elegir libremente cuáles de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea su por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

**1.49 Reembolso**

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza.

**1.50 Salud**

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social".

**1.51 Solicitud**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

**1.52 Solicitante Titular o Asegurado Titular**

Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.

**1.53 Suma Asegurada o Límite Anual**

Límite máximo de responsabilidad de La Compañía por cada Evento cubierto, de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la Póliza que forma parte de este contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

**1.54 Tabulador de Honorarios Médicos**

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Aseguradora por cada uno de éstos

**1.55 Territorio**

Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio Nacional, "Estados Unidos Mexicanos".

**1.56 Tratamiento Dental u Odontológico**

Intervenciones que realiza el Dentista u Odontólogo de acuerdo con el Asegurado con la finalidad de prevenir, limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de la cavidad bucal del Asegurado.

**1.57 Urgencia Dental u Odontológica**

Implica una enfermedad o lesión imprevista, súbita, fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

## 2. Objeto del Seguro

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de Gastos Dentales u Odontológicos preventivos y correctivos, de acuerdo al número de servicios contratados en territorio nacional especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho los Asegurados con el fin de preservar su salud dental o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la República Mexicana y la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

## 3. Alcance de la Cobertura

De acuerdo a las coberturas, plan y límites de suma asegurada contratadas, La Compañía cubrirá los gastos dentales u odontológicos por los tratamientos que a continuación se describen:

Mediante esta cobertura el Asegurado tendrá derecho, en cada año póliza, a los siguientes beneficios de Gastos Dentales u Odontológicos preventivos:

<b>DEDUCIBLE: Una vez por año póliza, más el copago por cada tratamiento realizado.</b>		
<b>Módulo</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Número de Servicios al año Póliza</b>
Preventivo	Consulta detallada y extensiva Diagnóstico, Plan de Tratamiento	1
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1
	<b>Aplicación tópica de fluor (Únicamente para menores de 14 años)</b>	1
	<b>Radiografías</b>	4
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de dientes posteriores) o compuesta (dos o más superficies del diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre sí)	4 en la combinación de amalgamas y resinas
	Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie del diente anterior, aún cuando no exista comunicación entre sí)	
	Extracción Simple	2
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa	1

Para cada uno de los servicios especificados se aplicará lo siguiente:

- Deducible, éste se paga una vez al año póliza y el monto se especifica en la carátula de la póliza.
- En el caso de los servicios que reciba, ya sea fuera o dentro de la Red Médica Dental, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza.
- La Compañía pagará la cantidad en exceso del Copago hasta la Suma Asegurada Máxima por servicio recibido dentro o fuera de la Red Médica Dental, especificada en la carátula de la Póliza.

Para recibir los **servicios** cubiertos en esta Póliza, el asegurado podrá acudir, preferentemente, a la Red Médica Dental de La Compañía, de lo contrario podrá asistir al Dentista u Odontólogo de su preferencia aplicando el esquema de Reembolso, el cual será cubierto hasta la suma asegurada y aplicando los copagos correspondientes especificados en la carátula de la póliza y de acuerdo a las reglas especificadas en estas Condiciones Generales.

## 4. Exclusiones

Esta póliza de seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- **Medicamentos.**
- **Anestesia general o sedaciones.**
- **Gastos Hospitalarios.**
- **Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional.**
- **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**

- **Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente con respecto a las indicaciones del odontólogo tratante.**
- **Tratamientos de naturaleza experimental o de investigación.**
- **Cualquier complicación que surja durante o después del tratamiento realizado por un odontólogo que no pertenezca a la red.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, como la restauración plástica, blanqueamiento corrección o eliminación de defectos.**
- **Tratamiento que no esté especificado dentro de las coberturas del plan contratado (Endodoncia, Prótesis, Periodoncia, Ortopedia y Ortodoncia).**
- **Obturaciones de desgaste iniciales y/o cervicales.**
- **Procedimientos quirúrgicos (salvo extracciones simples)**
- **Resinas en dientes posteriores.**

## 5. Cláusulas Generales

### 5.1 Periodo de Pago de Beneficio

Las obligaciones del presente contrato cesarán al reclamarse el número de consultas amparadas en cada año Póliza, exámenes preventivos o agotarse la Suma Asegurada.

Las obligaciones a cargo de La Compañía contraídas en el presente contrato derivadas de tratamientos iniciados durante la vigencia de la póliza terminarán al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite de suma asegurado establecido en la cláusula de la póliza así como el número de consultas, exámenes y servicios amparados por cada año póliza.
3. A los dos años de verificarse la terminación de la vigencia del contrato.

### 5.2 Modificaciones y Notificaciones

El Contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Contratante y **La Compañía**.

Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por **La Compañía**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido del Contrato o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Solicitante Titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a **La Compañía** por escrito, precisamente en su domicilio social. En caso de que la dirección de la oficina de **La Compañía** llegase a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (La Compañía "deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República").

### 5.3 Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza.

### 5.4 Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

### 5.5 Primas

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su dependencia con el titular.

En cada renovación la prima será calculada aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima vence al inicio de cada periodo de seguro contratado, sin embargo el Contratante dispondrá de 30 días naturales (**periodo de gracia**) a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las doce (12) horas del último día del término antes mencionado, si el contratante no ha cubierto el total de la prima anual.

En tanto la prima no sea liquidada no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso.

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

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma, o;
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto.

### 5.6 Revelación de Comisiones

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

### 5.7 Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la misma mediante solicitud del Contratante y aceptación de **La Compañía**, conforme a las pruebas de asegurabilidad que ésta establezca. Esta inclusión deberá ser reportada a **La Compañía** en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Del mismo modo, si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza siempre que se dé aviso a La Compañía del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 6 de Primas.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a **La Compañía** a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 5.5 de Primas.

### 5.8 Bajas

Causarán Baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Solicitante Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que pierdan esa condición.

### 5.9 Ajustes

En caso de Altas de Dependientes, **La Compañía** cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de Bajas de Dependientes, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

### 5.10 Renovación

Este Contrato se considerará renovado automáticamente, por periodos de un año, salvo que dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, El Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación, será calculada con la tarifa que **La Compañía** tenga aprobada en ese momento. El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de **La Compañía**, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

**La Compañía** acuerda que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los Asegurados de este Contrato cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 15. Omisiones o Inexactas Declaraciones de la sección de Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este Contrato se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que **La Compañía** tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la póliza de renovación respectiva.

Por esta cláusula La Compañía se obliga a otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la dependencia de los Asegurados. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### 5.11 Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente 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 les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 que establece lo siguiente: "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".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

#### **5.12 Moneda**

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en el momento de los mismos.

#### **5.13. Forma de Pago**

Este producto se operará sólo con forma de pago anual.

#### **5.14 Lugar de Pago**

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de **La Compañía** contra la entrega del recibo expedido por la misma, o;
- De acuerdo a los medios autorizados por **La Compañía** para este producto.

#### **5.15 Omisiones o Inexactas Declaraciones**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la ocurrencia del siniestro.

#### **5.16 Competencia**

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el reclamante podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente por el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicado en el Diario Oficial de la federación el 3 de junio de 1996.

En todo caso, queda a elección del reclamante hacer valer sus derechos de conformidad con lo previsto en las disposiciones mencionadas en el párrafo anterior, o acudir ante los Tribunales Jurisdiccionales competentes en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Compañía proponga, 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.

#### **5.17 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 indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, (el cual estipula: "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"), se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio de conformidad con el art. 135 - Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

#### **5.18 Terminación**

La vigencia del presente seguro concluirá en la fecha de terminación indicada en la carátula de la póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:

1. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante.
2. La terminación del periodo de gracia para el pago de la prima vencida.

#### **5.19 Cambios de la Red Odontológica**

Las Aseguradoras deberán informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que suceda de los cambios en la red odontológica.

**6. Pago de Reclamaciones****A) Servicio de Pago Directo**

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red Médica Dental, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de La Compañía respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago directamente al dentista u odontólogo de la red médica dental por la Consulta, Radiografías y Procedimientos Realizados, al Asegurado, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Copago y Deducible que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de La Compañía para verificar la situación de procedencia del caso y a la suficiencia de su red.

Durante el periodo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la póliza no ha sido pagada.

**B) Sistema de Pago por Reembolso**

En caso de que no se cuente con Red en el lugar de Residencia del Asegurado se reembolsarán los gastos dentales u odontológicos con base en el siguiente procedimiento.

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía, en el curso de los primeros **30** días naturales siguientes a la obtención del servicio de que se trate, de cualquier Reclamación que pueda ser motivo de reembolso.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a La Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración (formato de solicitud de reembolso y diagnóstico a detalle) que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que cumplan con los requisitos fiscales vigentes al momento de efectuar los gastos, además en el caso de los gastos correctivos deberá anexar las Radiografías anteriores y posteriores a la realización de los procedimientos reclamados. Hasta en tanto no se cumplan estos requisitos, la Compañía no estará obligada a realizar el pago de la reclamación.
- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurados o familiares del Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo reembolsará los honorarios de Dentistas u Odontólogos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.
- e) La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para las reclamaciones de Gastos Dentales u Odontológicos Correctivos o Preventivos, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará la cantidad por concepto de Deducible y el Copago de acuerdo al porcentaje o Monto máximo establecido en la carátula de la póliza, para cada concepto.
- c) El Copago así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada Evento cubierto.

El Asegurado Titular y sus dependientes podrán solicitar el servicio de reembolso a La Compañía, en los casos de urgencia médica en que la Red de Prestadores de Servicios de Salud no le haya brindado el servicio previsto en el contrato, por a) saturación; b) falta de disponibilidad en el servicio; o c) error de diagnóstico.

Para los efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico, el caso en que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicio de Salud y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido por la misma urgencia, utilizar los servicios con un Odontólogo o en una Institución fuera de la Red.

Se cubrirá el costo de la Consulta, Procedimientos Realizados y Radiografías, menos el monto equivalente al Deducible y Copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la póliza.

**C) Procedimiento para el cobro de Indemnización**

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el procedimiento para el cobro de la indemnización correspondiente amparada por la presente póliza, deberá ser realizada de acuerdo con los incisos A) y B) precedentes.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro de fecha \_\_\_\_\_**

## ANEXO 3

## COBERTURAS SOLICITADAS

SOLICITUD DEL SEGURO BÁSICO ESTÁNDAR  
DENTAL INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

Solicitamos de "la Institución", la celebración de un contrato de salud de las personas cuyos datos y condiciones se proporcionan a continuación.

**DATOS DEL CONTRATANTE****Dirección fiscal (recibo)**

Nombre Completo o Razón Social	Giro o Actividad	RFC/CURP
--------------------------------	------------------	----------

Domicilio, Calle y Número	Colonia	Código Postal
---------------------------	---------	---------------

Población, Ciudad	Municipio	Estado	Teléfono	Fax
-------------------	-----------	--------	----------	-----

**Domicilio (correspondencia) (Llenar solamente encaso de que el domicilio de recepción de documentación sea distinto al contratante)**

Nombre Completo o Razón Social	Giro o Actividad	RFC/CURP
--------------------------------	------------------	----------

Domicilio, Calle y Número	Colonia	Código Postal
---------------------------	---------	---------------

Población, Ciudad	Municipio	Estado	Teléfono	Fax
-------------------	-----------	--------	----------	-----

Correo electrónico

**VIGENCIA DE LA POLIZA Y FORMA DE PAGO DE PRIMAS**

Desde / / Hasta / / Anual   
Forma de pago de las primas

**TITULAR Y DEPENDIENTES****Número de dependientes económicos (Solo pólizas familiares)**

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento			Sexo		Ocupación	Lugar de residencia	
					D	M	A	F	M		Estado	Código postal
<b>Titular 1</b>												
<b>Dependiente 2</b>												
<b>Dependiente 3</b>												
<b>Dependiente 4</b>												
<b>Dependiente 5</b>												

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número de fecha

ANEXO 3

<b>DEDUCIBLE: Una vez por año póliza, más el copago por cada tratamiento realizado</b>		
<b>Módulo</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Número de Servicios al año Póliza</b>
Preventivo	Consulta detallada y extensiva Diagnóstico, Plan de Tratamiento	1
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1
	Aplicación tópica de flúor (únicamente para menores de 14 años)	1
	Radiografías	4
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de dientes posteriores) ó compuesta (dos o más superficies del diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	4 en la combinación de amalgamas y resinas
	Resina simple (una superficie de diente anterior) ó compuesta (más de una superficie del diente anterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	
	Extracción Simple	2
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa	1

**DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)**

Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud tal y como conozca o debe conocerlos en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos a que se refiere este párrafo, podría originar la pérdida del derecho del asegurado, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Enterado de lo anterior y para efectos de esta solicitud de seguro, autorizo a las instituciones médicas y médicos que me hayan atendido, para que participen a "Institución" en cualquier momento todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad por la revelación de dicha información.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por "la Institución" ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Clave, nombre y firma del agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante (en su caso)

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número de fecha

SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO DENTAL

ANEXO 4

DATOS DEL TITULAR

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 No. Póliza \_\_\_\_\_ Tipo de Plan \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE

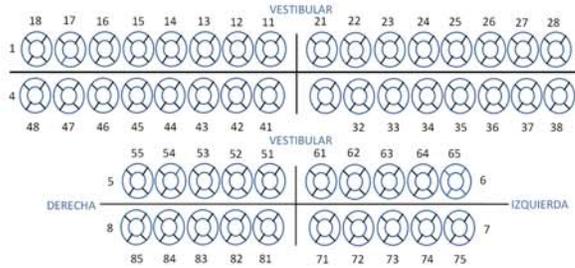
\_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Colonia \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Apellidos y Nombres a \_\_\_\_\_ No. Clave \_\_\_\_\_

- Ubicación Obturación
- |   |            |
|---|------------|
| O | Oclusal    |
| V | Vestibular |
| M | Mesial     |
| D | Distal     |
| L | Lingual    |
| P | Palatino   |



- |   |                |
|---|----------------|
| ○ | Caries         |
| ≡ | Extracción     |
| x | Diente Ausente |
| ■ | Corona         |
| □ | Prótesis Ren   |
| ∏ | Prótesis Fija  |
| ^ | Endodoncia     |

1) Indique con color azul los tratamientos existentes  
 2) Indique con color rojo los tratamientos existentes

Código	No. de diente	Ubicación Obturación	Servicios Cubiertos con plan			Fecha Terminación	No cubiertos		Firma
			A cargo de "Institución"	A cargo Paciente	Valor Total		Tx Arancel Preferencial		
Totales:									

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_ ¿Aplica deducible? SI  NO   
 Folio No. \_\_\_\_\_ Saldo \_\_\_\_\_ ¿Pago deducible a otro doctor de la red? SI  NO   
 Firma Auditor \_\_\_\_\_ A/C Compañía \_\_\_\_\_ ¿A quien pago deducible?  
 Dr. \_\_\_\_\_  
 Fecha de pago de deducible: \_\_\_\_\_ 4

Observaciones: \_\_\_\_\_ Firma Odontólogo: \_\_\_\_\_

Documentación Anexa

Entrego la documentación que se relaciona a continuación para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será en base a las condiciones de la póliza del seguro contratado.

Diagnostico Dental SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Radiografias Cantidad _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Numero de Factura o Recibo de Honorarios	Otros (Especificar)
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------------

Solicito pago por: Transferecia Electrónica (Llenar el apartado A)  Cheque  Total Reclamado: \$ \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Asegurado Titular o de su Representante Legal

APARATADO A - Instrucción de Pago-Finiquito por Transferecia Electrónica  
 Por este conducto solicito y autorizo a Institución para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado de los Contratos de Seguro concertados en esta institución sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_  

Sucursal: _____	Plaza: _____	Clabe: _____
-----------------	--------------	--------------

La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco, consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Institución, el más amplio finiquito que en derecho proceda a este reclamo.

Importante: Es necesario que en la CLABE arriba señalada aparezca el Asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

Nombre y Firma del Asegurado Titular o de su Representante Legal: \_\_\_\_\_

**CIRCULAR S-8.9 mediante la cual se da a conocer a las instituciones de seguros, el modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de responsabilidad civil, en el ramo de automóviles.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S-8.9**

**Asunto:** Se da a conocer modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de responsabilidad civil, en el ramo de automóviles.

A las instituciones de seguros

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Comisión, después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y de las instituciones de seguros, da a conocer el modelo de contrato de adhesión de la cobertura de responsabilidad civil en el ramo de automóviles, que esas instituciones deberán utilizar como producto básico estandarizado en complemento a su oferta regular de productos, el cual considera condiciones contractuales uniformes y de fácil comprensión, a fin de garantizar que la población mexicana se encuentre en posibilidad de comparar la prima de tarifa de este producto que fije cada una de las instituciones, con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población.

En tal virtud, anexo a la presente Circular, se acompaña el modelo de contrato de adhesión y demás documentación contractual del producto básico estandarizado de la cobertura de responsabilidad civil, en el ramo de automóviles, al que deberán apegarse esas instituciones.

Para el registro del producto básico estandarizado, esas instituciones de seguros deberán observar lo previsto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Circular S-8.1 vigente, emitida por esta Comisión, previendo que la nota técnica en la que cada institución sustente la tarificación de la prima, guarde congruencia con el presente modelo.

Al solicitar el mencionado registro, esas instituciones deberán indicar en la pantalla de captura del sistema de registro de productos, que se trata del modelo de contrato de adhesión del producto básico estandarizado de la cobertura de responsabilidad civil, en el ramo de automóviles; asimismo, en el dictamen jurídico, deberán señalar que las cláusulas de la documentación contractual corresponden en su integridad a las cláusulas del modelo de contrato de adhesión de la cobertura de responsabilidad civil, en el ramo de automóviles, a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y que se dan a conocer por la presente Circular.

**TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.-** Las instituciones de seguros deberán efectuar el registro y ofrecer al público el producto básico estandarizado a que se refiere la presente Circular, dentro de los 180 días naturales siguientes al de su entrada en vigor.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

## ANEXO 1

## SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE LA

## COBERTURA DE AUTOMÓVILES

<b>Tipo de seguro</b>	Seguro de Automóviles
<b>Plan</b>	<b>Seguro para Automóviles Particulares</b> (sin incluir motocicletas, transporte público, taxis, ni vehículos de carga)
<b>Cobertura</b>	Responsabilidad Civil Bienes y Personas
	Se cubren los daños incluso a falta de licencia, o conduciendo bajo estado de ebriedad o de drogas, siempre que sean derivados de un hecho de tránsito.
	No se cubren los daños a ocupantes del propio vehículo, ya que éstos son objetos de otra cobertura fuera del producto (Gastos Médicos a Ocupantes).
<b>Moneda</b>	Nacional
<b>Suma Asegurada</b>	\$250,000.00 pesos
	La suma asegurada opera tanto para bienes como para personas como un solo límite.
<b>Vigencia</b>	Anual
<b>Formas de Pago</b>	Anual, Semestral, Trimestral y Mensual
<b>Periodo de Gracia para Pago de Prima</b>	30 días
<b>Tarifa por aseguradora.</b>	Se definirá una tarifa por entidad federativa.
<b>Conductos de Venta</b>	Se podrá realizar por cualquier conducto que la aseguradora tenga autorizado.

**INDICE**

## CONDICIONES GENERALES

1. CLAUSULA 1a. COBERTURA
2. CLAUSULA 2a. DEFINICIONES
  1. CONTRATO DE SEGURO
  2. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
  3. FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA
  4. ELEMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO
  5. RECIBO DE PAGO
  6. SOLICITUD
3. CLAUSULA 3a. EXCLUSIONES
4. CLAUSULA 4a. LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD
5. CLAUSULA 5a. DEDUCIBLE
6. CLAUSULA 6a. TERRITORIALIDAD
7. CLAUSULA 7a. CONCURRENCIA
8. CLAUSULA 8a. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO
  1. PRIMA
  2. PAGO FRACCIONADO
  3. ANULACION DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO
  4. LUGAR DE PAGO
  5. PERIODO DE GRACIA
9. CLAUSULA 9a. REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA
10. CLAUSULA 10a. REHABILITACION
11. CLAUSULA 11a. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO
12. CLAUSULA 12a. PERITAJE
13. CLAUSULA 13a. PERDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO
14. CLAUSULA 14a. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO
15. CLAUSULA 15a. PRESCRIPCION
16. CLAUSULA 16a. COMPETENCIA
17. CLAUSULA 17a. MONEDA
18. CLAUSULA 18a. ACEPTACION DEL CONTRATO (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)
19. CLAUSULA 19a. REVELACION DE COMISIONES

**ANEXO 1. CONDICIONES GENERALES****1. CLAUSULA 1a. COBERTURA**

Esta cobertura ampara la responsabilidad civil, conforme lo establecen las leyes vigentes en los Estados Unidos Mexicanos, en que incurra el asegurado o cualquier persona por el uso o posesión del vehículo descrito en la carátula de esta póliza y hasta por el límite establecido en la misma, que a consecuencia de dicho uso o posesión, cause daños materiales en sus bienes, lesiones corporales y/o la muerte de terceros, distintos de los ocupantes de dicho vehículo.

Dentro del límite máximo de responsabilidad contratado, esta cobertura ampara los gastos y costas a que fuere condenado a pagar el asegurado, o cualquier persona bajo su consentimiento tácito o explícito, por el uso o posesión del vehículo asegurado, en caso de juicio civil seguido en su contra con motivo de la responsabilidad civil amparada por esta cobertura de acuerdo con los artículos 145 y 146 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía en esta cobertura, se establece en la carátula de esta póliza, y opera como límite único y combinado (LUC) para los diversos riesgos que se amparan en ella.

**2. CLAUSULA 2a. DEFINICIONES****1. Contrato de Seguro:**

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

**2. Fecha de Inicio de Vigencia:**

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

**3. Fecha de Término de Vigencia:**

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

**4. Elementos que forman parte del contrato:**

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

- a) **Carátula de Póliza.**- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
  - 1 Nombres y firmas de quien propone y quien acepta la transferencia
  - 2 La designación de los bienes asegurados,
  - 3 La naturaleza de los riesgos transferidos
  - 4 El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
  - 5 Lista de Endosos incluidos
  - 6 El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
  - 7 Alcance de la cobertura.
- b) **Condiciones Generales.**- Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
- c) **Endosos.**- Documento, generado por la Aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

**5. Recibo de Pago:**

Es el documento emitido por La Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

**6. Solicitud:**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

**3. CLAUSULA 3a. EXCLUSIONES**

Esta póliza en ningún caso ampara:

- a) **Cualquier reconocimiento de adeudos, transacciones o cualesquiera otros actos de naturaleza semejante celebrados o concertados sin el consentimiento de la Institución. La confesión de un hecho no podrá ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.**
- b) **Daños a materiales en sus bienes, lesiones corporales o la muerte de terceros derivados de accidentes, cuando el vehículo asegurado participe en carreras o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.**

- c) Daños materiales en sus bienes, lesiones corporales y/o la muerte de terceros, derivados de accidentes cuando el vehículo asegurado sea destinado a un uso o servicio diferente al estipulado en la póliza.
- d) La responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes y/o personas, cuando dependan civilmente y/o económicamente del asegurado responsable del daño o cuando estén a su servicio en el momento del siniestro.
- e) Los daños materiales o pérdida de bienes en cualquiera de las siguientes situaciones:
- ♦ Que se encuentren bajo custodia o responsabilidad del Asegurado, Conductor o Propietario del Vehículo Asegurado;
  - ♦ Que sean propiedad de personas que dependan civilmente y/o económicamente del Asegurado, Conductor o Propietario del Vehículo Asegurado;
  - ♦ Que sean propiedad de empleados, agentes o representantes del Asegurado, Conductor o Propietario del Vehículo Asegurado, mientras se encuentren dentro de los predios del Asegurado;
  - ♦ Que se encuentren dentro del Vehículo Asegurado.
- f) Las pérdidas o daños que sufra o cause el vehículo, como consecuencia de operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o de guerra civil, insurrección, subversión, rebelión, terrorismo, revolución, expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención por parte de las autoridades legalmente reconocidas, con motivo de sus funciones, al intervenir en dichos actos. Tampoco ampara pérdidas o daños que sufra o cause el vehículo, cuando sea usado para cualquier servicio militar, con o sin el consentimiento del Asegurado, o bien a consecuencia de reacción o radiación nuclear, cualquiera que sea la causa. Para estos efectos se entiende por terrorismo, de acuerdo con el Código Penal Federal vigente, al que utilizando explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por incendio, inundación, o por cualquier otro medio violento, realice actos en contra de las personas, las cosas o servicios al público, que produzcan alarma, temor, terror en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública, o tratar de menoscabar la autoridad del Estado, o presionar a la autoridad para que tome una determinación.
- g) Los daños, lesiones o muerte de terceros por cualquier medida de represión tomada por las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones.
- h) Perjuicios, gastos, sanción, pérdida, multa, infracción, pago de pensión, daño indirecto o cualquier otra obligación de pago distinta de la indemnización o reparación del daño a terceros.
- i) Los gastos de defensa jurídica, así como el pago de fianzas y/o cauciones con motivo de los procedimientos penales originados por cualquier accidente.
- j) Lesiones corporales o la muerte de los ocupantes del vehículo asegurado.
- k) Daños materiales, lesiones corporales y/o la muerte de terceros por acto intencional del asegurado o conductor del vehículo, o por negligencia inexcusable o actos intencionales de la víctima.
- l) Padecimientos preexistentes o que no sean consecuencia del accidente. Se entiende por padecimientos preexistentes aquellos cuyos síntomas o signos se manifiestan antes de la fecha del accidente.
- m) Los daños materiales, lesiones corporales y/o la muerte de terceros, que cause cualquier tipo de carga transportada por el vehículo asegurado.
- n) Los daños materiales, lesiones corporales y/o la muerte de terceros, causados por remolques cuando éstos sean arrastrados por el vehículo asegurado.
- o) Los daños materiales, lesiones corporales y/o la muerte de terceros, que cause el vehículo por sobrecargarlo (exceso de dimensiones o de peso), o someterlo a tracción excesiva con relación a su resistencia o capacidad.
- p) Los daños causados a viaductos, puentes, básculas o cualquier vía pública, así como a objetos o instalaciones subterráneas, ya sea por vibración, altura o por el peso del vehículo asegurado o de su carga.

#### 4. CLAUSULA 4a. LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad de la Institución en esta cobertura se establece en la Carátula de esta Póliza y opera como Suma Asegurada única para los diversos riesgos que se amparan.

**5. CLAUSULA 5a. DEDUCIBLE**

Esta cobertura opera sin la aplicación de un deducible.

**6. CLAUSULA 6a. TERRITORIALIDAD**

Las coberturas amparadas por esta póliza se aplican en caso de accidentes automovilísticos ocurridos dentro de la República Mexicana.

**7. CLAUSULA 7a. CONCURRENCIA**

Cuando existan dos o más pólizas de seguros que concurren contra el mismo riesgo y por el mismo interés, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, serán válidos y obligarán a las empresas que tengan estos seguros. En este caso, las empresas participarán por partes iguales en el siniestro hasta el límite máximo de responsabilidad o suma asegurada de cada póliza. Si el daño fuese superior a alguno de los límites o sumas aseguradas de cualesquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado por partes iguales por las empresas con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad de cada una de ellas.

Tratándose de seguros de responsabilidad que por disposición legal tengan el carácter de obligatorios, que concurren con otros seguros por el mismo interés, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, serán válidos y obligarán a las empresas que tengan estos seguros, conforme a lo siguiente.

Si la concurrencia es:

- a) Con otros seguros obligatorios, las empresas participarán por partes iguales en el siniestro hasta el límite máximo de responsabilidad o suma asegurada de cada póliza. Si el daño fuese superior a alguno de los límites o sumas aseguradas de cualquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado por partes iguales por las empresas con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad de cada una de ellas.
- b) Con otros seguros no obligatorios, los seguros con carácter de obligatorio indemnizarán los daños en primer término hasta el límite de la sumas aseguradas de estas pólizas conforme al inciso anterior, y, cuando dichos daños indemnizables fuesen superiores a las sumas aseguradas acumuladas de los seguros obligatorios contratados, los seguros no obligatorios indemnizarán tal excedente, participando por partes iguales en el siniestro hasta el límite máximo de responsabilidad o suma asegurada de cada póliza

**8. CLAUSULA 8a. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO****1. Prima:**

La prima vence y deberá ser pagada en el momento de la celebración del contrato. Se entenderán recibidas por La Compañía las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

**2. Pago Fraccionado:**

El Asegurado y La Compañía podrán convenir el pago fraccionado de la prima, en cuyo caso las fracciones deberán cubrir periodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán y deberán ser pagadas al inicio de cada periodo. En este caso se aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada.

**3. Anulación del contrato por falta de Pago:****a) Pago único.**

Si no hubiera sido pagada la prima dentro del periodo de gracia estipulado en la carátula de la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (artículo 40 de la Ley del Contrato de Seguro), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este periodo.

**b) Pago fraccionado.**

Si no hubiera sido pagada la primera fracción de la prima, dentro del periodo de gracia estipulado en la carátula de la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento (artículo 40 de la Ley del Contrato de Seguro), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este periodo.

El pago de las fracciones posteriores deberá efectuarse a más tardar el día del vencimiento señalado en el recibo correspondiente, en caso contrario los efectos del contrato cesarán automáticamente.

**4. Lugar de Pago:**

Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de La Compañía.

**5. Periodo de Gracia:**

Plazo que La Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de seguro, aún cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

**9. CLAUSULA 9a. REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA**

La Suma Asegurada contratada en la póliza se reinstalará automáticamente cuando haya sido reducida por el pago de cualquier indemnización efectuada por La Compañía durante la vigencia de la póliza.

La reinstalación de la Suma Asegurada procederá siempre y cuando haya sido originada por la ocurrencia de eventos diferentes.

**10. CLAUSULA 10a. REHABILITACION**

En caso que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de Pago de Primas que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 30 (treinta) días naturales después de vencido el periodo de gracia del recibo correspondiente. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que La Compañía tiene expresamente para este fin.
- b. El Asegurado deberá comprobar que la unidad originalmente asegurada no ha presentado ningún siniestro en el periodo al descubierto, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
- c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación correspondiente establecidos por La Compañía.

El Contrato se considerará nuevamente en vigor por el periodo originalmente contratado a partir de la fecha inicial del último recibo pagado.

**11. CLAUSULA 11a. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

1. En caso de siniestro, el Asegurado se obliga a:

**a) Precauciones**

Ejecutar todas las medidas que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a La Compañía, debiendo atenerse a las que ella le indique, los gastos hechos por el Asegurado, por causa justificada, se reembolsarán por La Compañía y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos.

**b) Aviso de Siniestro**

Dar aviso a La Compañía tan pronto como tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro y dentro de un plazo no mayor de cinco días, salvo casos de fuerza mayor o fortuito, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro. La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del contrato si el Asegurado o Beneficiario omite dar el aviso dentro de ese plazo, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Si el Asegurado no cumple con las obligaciones que le imponen los incisos anteriores, La Compañía tendrá derecho de limitar o reducir la indemnización hasta el valor a que hubiese ascendido, si el Asegurado hubiere cumplido con dichas obligaciones.

**c) Procedimiento para el cobro de Indemnización**

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el procedimiento para el cobro de la indemnización correspondiente amparada por la presente póliza, deberá ser realizada de acuerdo con los incisos a) y b) precedentes.

**d) Qué hacer en caso de Siniestro**

Tan pronto como tenga conocimiento el asegurado de la ocurrencia del siniestro, deberá ser realizada mediante llamada telefónica (cuyos teléfonos se encuentran en la póliza), donde le solicitarán indicaciones del lugar del siniestro, para que un ajustador al llegar, levante la declaración de los hechos, misma que deberá firmar el asegurado.

2. En caso de reclamaciones que se presenten en contra del Asegurado, Conductor o Propietario del vehículo asegurado con motivo de siniestro, éstos se obligan a:

- a) Comunicar a La Compañía, a más tardar el día hábil siguiente al del emplazamiento, las reclamaciones o demandas recibidas por ellos o por sus representantes, a cuyo efecto le remitirán los documentos o copias de los mismos que con este motivo se le hubieren entregado.

- b) En todo procedimiento civil que se inicie en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro a:

- Proporcionar los datos y pruebas necesarios que le hayan sido requeridos por La Compañía para su defensa, cuando ésta opte por asumir su legal representación en el juicio.

- Ejercitar y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en derecho.
- Comparecer en todas las diligencias o actuaciones en que sea requerido.
- Otorgar poderes en favor de los abogados que La Compañía, en su caso, designe para que los representen en los citados procedimientos.

La falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los incisos a) y b) anteriores, liberará a La Compañía de cubrir la indemnización que corresponda a la cobertura de Responsabilidad Civil.

**3. Obligación de comunicar la existencia de otros seguros.**

El Asegurado, Conductor o Propietario tendrá la obligación de poner inmediatamente en conocimiento de La Compañía por escrito la existencia de todo seguro que contraten o hubieren contratado con otra compañía, sobre el mismo riesgo y por el mismo interés, indicando el nombre del Asegurador y las Coberturas.

**4. Queda entendido que las obligaciones y omisiones del Conductor le serán imputables al Contratante.**

**12. CLAUSULA 12a. PERITAJE**

Al existir desacuerdo entre el Asegurado o beneficiario y La Compañía acerca del monto de cualquier pérdida o daño material, la cuestión será sometida a dictamen de un perito nombrado de común acuerdo, por escrito, por ambas partes, pero si no existe acuerdo en el nombramiento de un perito único, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en un plazo de diez días contados a partir de la fecha en que una de ellas sea requerida por la otra por escrito para que lo designe. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán a un perito tercero en discordia para el caso de contradicción.

Si una de las partes se niega a nombrar a su perito, o simplemente no lo hace cuando se lo requiere la otra, o si los peritos no se ponen de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito de la parte que no lo haya designado, del perito tercero en discordia o de ambos en su caso. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros podrá nombrar al tercer perito, si de común acuerdo las partes así lo solicitan.

El fallecimiento de una de las partes cuando sea persona física, o su disolución, si es una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito o de los peritos o del perito tercero, según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero fallece antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda: las partes, los peritos, la autoridad judicial o la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del peritaje serán a cargo de La Compañía y del Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio perito.

El peritaje a que se refiere esta Cláusula, no significa aceptación de la reclamación por parte de La Compañía, simplemente determinará el monto de la pérdida que eventualmente estará obligada La Compañía a resarcir, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

**13. CLAUSULA 13a. PERDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO**

**Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas:**

- 1. Si se demuestra que el Asegurado, Conductor, Propietario, Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir las obligaciones de La Compañía de acuerdo a lo establecido en los artículos 8, 9, 10, 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**
- 2. Si se demuestra que el Asegurado, Conductor, Propietario, Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que La Compañía solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.**
- 3. Si hubiere en el siniestro dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.**

**14. CLAUSULA 14a. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO**

Las partes convienen expresamente en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente. Cuando el asegurado lo dé por terminado, La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la siguiente tabla.

Periodo	Porcentaje de la prima anual
hasta 3 meses	40%
hasta 4 meses	50%
hasta 5 meses	60%
hasta 6 meses	70%
hasta 7 meses	75%
hasta 8 meses	80%
hasta 9 meses	85%
hasta 10 meses	90%
hasta 11 meses	95%

Cuando La Compañía lo dé por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al Asegurado, surtiendo efecto la terminación del Seguro después de quince días de practicada la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

#### **15. CLAUSULA 15a. PRESCRIPCION**

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 les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución.

#### **16. CLAUSULA 16a. COMPETENCIA**

En caso de controversia, la persona podrá presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la Institución o ante 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de 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 Institución 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 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.

#### **17. CLAUSULA 17a. MONEDA**

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables, en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

#### **18. CLAUSULA 18a. ACEPTACION DEL CONTRATO (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)**

"ARTICULO 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.

#### **19. CLAUSULA 19a. REVELACION DE COMISIONES**

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

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones de Seguros, bajo el registro \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.**

"Para cualquier duda, consulta o comentario, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite [www.-----](http://www.-----); o bien comunicarse a Condusef al teléfono 01 800 999 80 80 en el D.F. y el interior de la república al o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)."

*Fin del Contrato.*

Nombre de la compañía (nombre o razón social)

ANEXO 3

**Solicitud o Rehabilitación de Seguro Básico Estandarizado de Automóviles**

<b>Logo de la Compañía Aseguradora</b>	Número de Solicitud _____ Nombre del agente _____ Clave del agente _____ Renovación:    Si                      No
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Datos del Contratante, y/o Asegurado**

**Razón Social o Nombre** \_\_\_\_\_

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

**Tipo de Persona:**     Física                       Moral                      **RFC:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
 Calle y Número                      Colonia                      Localidad o Municipio

\_\_\_\_\_  
 Ciudad o Población                      Estado                      C.P.

\_\_\_\_\_  
 Teléfonos                      \_\_\_\_\_  
 Correos electrónicos

**Ocupación y/o Giro:** \_\_\_\_\_

**Vehículo Asegurado**

**Clave** \_\_\_\_\_ **Descripción del Vehículo: Marca, Submarca, Tipo, Versión)** \_\_\_\_\_

**Modelo** \_\_\_\_\_ **Placa** \_\_\_\_\_ **Uso** \_\_\_\_\_

**No. de Constancia de Inscripción al REPUVE (NCI)** \_\_\_\_\_

**Número de Serie:** \_\_\_\_\_ **Número de Motor:** \_\_\_\_\_

**Cobertura**

Cobertura Amparada	Límite Máximo de Responsabilidad
Responsabilidad Civil Bienes y Personas, como Límite Único y Combinado (LUC)	\$ .....250, 000 M. N.

Datos de la compañía (domicilio completo)  
 Teléfono(s) de la compañía (matriz y/o sucursal)  
 Teléfono(s) atención de siniestros

Nombre de la compañía (nombre o razón social)

ANEXO 3

Vigencia desde			Vigencia Hasta			Tipo de Pago:			
D	M	A	D	M	A	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
_____	_____	_____	_____	_____	_____	Otros: <u>(especificar)</u>			

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, esta sujeta a la aceptación de "Compañía Aseguradora", con base a los riesgos que se describen y a los términos del artículo 21, fracción primera de la Ley sobre Contrato de Seguro. El solicitante deberá firmar la solicitud para proceder la elaboración de la póliza definitiva, además declara bajo protesta de decir verdad que el vehículo que solicita asegurar se encuentra en perfecto estado de uso y no ha sido objeto de siniestro a la fecha y hora especificada en esta solicitud.

### Rehabilitación

Llénese en caso de Solicitud de Rehabilitación.

Fecha del último pago: \_\_\_\_\_

Declaro que al día de hoy, a las \_\_\_\_\_ hrs., el vehículo suscrito en esta solicitud no ha sufrido ningún siniestro que afecten las coberturas amparadas en la póliza no. \_\_\_\_\_.

Lugar y fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

Datos de la compañía (domicilio completo)  
Teléfono(s) de la compañía (matriz y/o sucursal)  
Teléfono(s) atención de siniestros

\_\_\_\_\_

**CIRCULAR S- 9.5.1 mediante la cual se dan a conocer a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros e intermediarios de reaseguro, las agencias calificadoras internacionales y las calificaciones mínimas para efectos del Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S- 9.5.1**

**Asunto:** Se dan a conocer las agencias calificadoras internacionales y las calificaciones mínimas para efectos del Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País.

A las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, e intermediarios de reaseguro

Esta Comisión, con fundamento en los artículos 27, 37 y 86 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, da a conocer a esas instituciones, sociedades e intermediarios de reaseguro, los nombres de las agencias calificadoras internacionales que deberán considerar las entidades del exterior para su evaluación de solvencia y estabilidad, así como las calificaciones mínimas que deben acreditar para obtener su inscripción en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País.

**PRIMERA.-** Las agencias calificadoras internacionales que podrán respaldar la evaluación de solvencia y estabilidad de las entidades del exterior, que deseen solicitar su inscripción en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País, serán las siguientes:

- A.M. Best,
- Fitch,
- Moody's, y
- Standard & Poor's,

**SEGUNDA.-** El párrafo segundo de la Tercera de las Reglas sobre el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País vigentes, establece que la entidad del exterior deberá acreditar la calificación de una agencia calificadora internacional que muestre que dicha entidad cuenta con la capacidad necesaria para hacer frente a sus obligaciones y que su condición financiera no es vulnerable a cambios desfavorables en la suscripción o en las condiciones económicas.

Al efecto, las calificaciones que se considerarán como adecuadas para cumplir con ese requisito son las que se detallan en la siguiente tabla:

**CALIFICACIONES ADECUADAS PARA ACREDITAR LA SOLVENCIA AL SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO GENERAL DE REASEGURADORAS EXTRANJERAS PARA TOMAR REASEGURO Y REAFIANZAMIENTO DEL PAÍS**

Agencia Calificadora	Superior	Excelente	Muy bueno	Bueno	Adecuado
A.M. Best	A++, A+	A, A-	B++, B+		
Fitch	AAA	AA+, AA, AA-		A+, A, A-	BBB+, BBB, BBB-
Moody's	Aaa	Aa1, Aa2, Aa3		A1, A2, A3	Baa1, Baa2, Baa3
Standard & Poor's	AAA	AA+, AA, AA-		A+, A, A-	BBB+, BBB, BBB-

De acuerdo con lo anterior, las calificaciones mínimas que aplicarán para la solicitud de inscripción para aseguradoras y reaseguradoras del extranjero en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País, serán:

- B+ cuando sea otorgada por A.M. Best,
- BBB- cuando sea otorgada por Fitch,
- Baa3 cuando sea otorgada por Moody's, y
- BBB- cuando la calificación sea otorgada por Standard & Poor's.

**TERCERA.-** Para las entidades que soliciten su inscripción en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País, como integrantes de la sección "exclusiva de Seguros de Crédito a la Vivienda", la calificación mínima aceptable con la que deberán contar corresponderá al nivel de calificación superior o excelente, conforme a lo siguiente:

Agencia Calificadora	Superior	Excelente
A.M. Best	A++, A+	A, A-
Fitch	AAA	AA+, AA, AA-
Moody's	Aaa	Aa1, Aa2, Aa3
Standard & Poor's	AAA	AA+, AA, AA-

**CUARTA.-** Para las entidades que soliciten su inscripción en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País, como integrantes de la sección "especial de reaseguradores de Seguros de Garantía Financiera", la calificación mínima aceptable con la que deberán contar corresponderá al nivel de calificación superior, conforme a lo siguiente:

Agencia Calificadora	Superior
A.M. Best	A++, A+
Fitch	AAA
Moody's	Aaa
Standard & Poor's	AAA

**QUINTA.-** Cualquier calificación menor a las señaladas en las disposiciones anteriores, se considerará inadecuada y, por lo tanto, la entidad del exterior de que se trate no podrá obtener su Registro.

**SEXTA.-** Cuando la entidad del exterior que solicite su inscripción en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País cuente con más de una calificación otorgada por diversas agencias calificadoras internacionales, esta Comisión considerará la menor de ellas para efecto de evaluar la solicitud respectiva.

**SEPTIMA.-** Cuando la calificación se otorgue a una empresa aseguradora o reaseguradora dentro de la cual se encuentre registrada como subsidiaria la entidad del exterior que solicite su inscripción en el Registro, esta última deberá presentar una constancia escrita de la agencia calificadora internacional, que acredite de manera expresa que la calificación es aplicable a la entidad del exterior.

Para que la solicitud de inscripción en el Registro proceda, dicha constancia deberá acreditar una calificación que se ubique dentro de los parámetros mínimos establecidos en las presentes disposiciones.

**OCTAVA.-** Cuando la entidad del exterior que desee solicitar su inscripción en el citado Registro cuente con la evaluación de una agencia calificadora internacional distinta de las mencionadas en la Primera de las presentes disposiciones, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, oyendo la opinión de esta Comisión, evaluará previamente su procedencia. Para ello, la entidad del exterior deberá acreditar que la agencia calificadora sea de reconocido prestigio a nivel internacional, así como que la evaluación otorgada corresponda a una calificación adecuada en los términos de las presentes disposiciones, es decir, que cuente con niveles suficientes de solvencia y estabilidad para hacer frente a sus obligaciones de corto y largo plazo.

Además, la entidad del exterior deberá entregar la siguiente información anexa a la solicitud que presente ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público:

- Nombre completo de la agencia calificadora.
- País y ciudad donde se encuentra domiciliada.
- Dirección, los números de teléfono y fax.
- Criterios de Evaluación de las entidades.
- Tabla de calificaciones que aplica y tabla comparativa con respecto a alguna de las agencias calificadoras a que se refieren las presentes disposiciones.
- Constancia que acredite la calificación otorgada.
- Fecha de la calificación y vigencia.

**NOVENA.-** A las entidades del exterior que deseen renovar su inscripción, les serán aplicables las presentes disposiciones.

#### **TRANSITORIAS**

**PRIMERA.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y sustituye y deja sin efectos a la diversa S-9.5.1 de 14 de julio de 2008, publicada en dicho Diario el 23 del mismo mes y año.

**SEGUNDA.-** Para el caso de aquellas entidades del exterior que hubieren recibido su inscripción en el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País como integrantes de las secciones: “especial de reaseguradores de Seguros de Garantía Financiera” y “exclusiva de Seguros de Crédito a la Vivienda” para el ejercicio 2008 con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Circular, y cuya calificación sea inferior a las mínimas requeridas en la misma, podrán mantener su inscripción en dicho Registro hasta el 31 de diciembre de 2008, en tanto su calificación no sea reducida a una calificación inferior respecto de la que mantengan al momento de la publicación de la presente Circular.

**TERCERA.-** Las Reaseguradoras Extranjeras para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País como integrantes de la sección “especial de reaseguradores de Seguros de Garantía Financiera” podrán renovar para el año 2009 su inscripción en el Registro citado si a la fecha de entrada en vigor de la presente Circular cuentan al menos alguna de las calificaciones siguientes:

<b>Agencia Calificadora</b>	<b>Excelente</b>
A.M. Best	A, A-
Fitch	AA+, AA, AA-
Moody's	Aa1, Aa2, Aa3
Standard & Poor's	AA+, AA, AA-

No obstante, si durante el ejercicio 2009 alguna entidad del exterior inscrita en la sección “especial de reaseguradores de Seguros de Garantía Financiera” redujera su calificación por debajo de las mínimas requeridas conforme la tabla anterior, perdería su registro como Reaseguradora Extranjera para tomar Reaseguro y Reafianzamiento del País.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., 18 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

**CIRCULAR S-16.1.3 mediante la cual se da a conocer a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, el criterio contable y de valuación de las disponibilidades e inversiones temporales.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**CIRCULAR S-16.1.3**

**Asunto:** Disponibilidades e inversiones temporales.- Se emite criterio contable y de valuación.

A las instituciones y sociedades mutualistas de seguros

Como es de su conocimiento esta Comisión ha venido trabajando en el proceso de homologación de los criterios de contabilidad para las entidades que forman parte del sector financiero bajo normas consistentes, lo cual permitirá la comparabilidad, interpretación y análisis de la información al interior y exterior del sistema financiero. Por lo que, esta Comisión ha considerado pertinente emitir el criterio contable y de valuación, el cual está orientado a hacer consistentes, en la medida de lo posible, el conjunto de prácticas contables y de valuación que rigen a esas instituciones y sociedades, con las Normas de Información Financiera (NIF) que emite el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A.C. (CINIF) para este tipo de actividades.

En virtud de lo anterior, esta Comisión, con fundamento en los artículos 99 y 101 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece el criterio que deberán observar esas instituciones y sociedades para la estimación y registro de sus activos financieros.

**DEFINICIONES BASICAS**

**Instrumento Financiero.-** Aquel contrato que da lugar a un activo financiero para una entidad y un pasivo financiero o instrumento de capital para otra entidad.

**Costo de adquisición.-** Es el monto de efectivo o su equivalente, entregado a cambio de un activo. Los gastos de compra, incluyendo las primas o descuentos, son parte integrante del costo de adquisición. Los rendimientos devengados pagados, no cobrados al momento de la compra, representan una recuperación del costo y no forman parte de los resultados del periodo en que se cobran.

**Método de valuación costo amortizado.-** Es aquel método que se utiliza para reconocer en títulos de deuda, el valor de un activo y su efecto en resultados. Dicho método se basa en el costo original de los valores, ajustado por la amortización de premios o por los descuentos. La amortización del premio o el ajuste del descuento, tiene un impacto en resultados que aproxima el rendimiento de las inversiones con el rendimiento de mercado a la fecha de compra, ya sea por el método de interés efectivo o por el de línea recta.

**Valor o precio de mercado.-** Valor o precio de un bien o instrumento indicado por las cotizaciones de mercados de valores públicos organizados o reconocidos, tanto nacionales como internacionales. Para efectos del presente criterio, el valor de mercado de un título cotizado en el mercado mexicano será aquel que sea proporcionado por los proveedores de precios. En el caso de valores cotizados en bolsas internacionales, el valor de mercado será aquel que se dé a conocer por dichos organismos (proveedores de precios) mediante publicaciones oficiales.

**Valor Razonable.-** Es la cantidad por la cual puede intercambiarse un activo financiero, o liquidarse un pasivo financiero, entre partes interesadas y dispuestas, en una transacción en libre competencia.

**Valor neto de realización.-** Es el valor de mercado de un activo financiero neto de los costos en que se incurrió o se incurrirá al realizarlos en efectivo.

**Determinaciones Técnicas del Valor Razonable.-** Son estimaciones del valor razonable de los instrumentos financieros realizadas con base en modelos técnicos de valuación reconocidos en el ámbito financiero respaldadas por información suficiente, confiable y comprobable.

**Decremento permanente en el valor de un título.-** Movimiento hacia la baja en el valor de un instrumento financiero del cual se conocen sus causas y no se espera una apreciación posterior.

**Títulos de capital.-** Aquel título que represente cualquier evidencia de propiedad en una entidad y cuyo rendimiento no es predeterminable.

**Títulos de deuda.-** Son aquellos instrumentos financieros que en adición a que por una parte constituyen una cuenta por cobrar y por la otra una cuenta por pagar, poseen un plazo determinado y generan al poseedor de los títulos, flujos de efectivo a lo largo del plazo de los mismos. Estos títulos pueden ser cotizados o no cotizados.

**Método de interés de línea recta.-** Método para la amortización de intereses, que consiste en aplicar a resultados dichos intereses en partes iguales.

**Método de interés efectivo.-** Método para el devengamiento del rendimiento diario, que consiste en transformar la tasa de rendimiento a vencimiento en una tasa equivalente diaria, y aplicar esta última en forma compuesta al costo de adquisición del título.

**Riesgo crediticio.-** Pérdida potencial por la falta de pago de un acreditado o contraparte en las operaciones que efectúan las instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

**Valor Contable.-** Capital Contable total dividido entre el número de acciones en circulación. Esta información es reportada por la entidad emisora.

**Días de rezago.-** Número de días hábiles transcurridos tomando como punto de partida el último día hábil del mes de que se trate, en que operó el título.

**Premio.-** Es el importe que paga el reportado y que representa la compensación que da al reportador por el uso del dinero de éste en las operaciones de reporto.

**Reportadora.-** Aquella institución o sociedad que adquiere instrumentos financieros por medio de un contrato de reporto, con la obligación de regresarlos o revenderlos al vencimiento de la operación, al precio pactado, más un premio.

**Reporto.-** De acuerdo con el artículo 259 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito: "En virtud del reporto, el reportador adquiere por una suma de dinero la propiedad de títulos de crédito, y se obliga a transferir al reportado la propiedad de otros tantos títulos de la misma especie en el plazo convenido y contra reembolso del mismo precio, más un premio. El premio queda en beneficio del reportador, salvo pacto en contrario."

## A) DISPONIBILIDADES

### Objetivo y alcance del presente criterio

El objetivo del presente criterio es definir las reglas particulares de aplicación de las normas relativas al registro, valuación, y presentación en los estados financieros de las partidas que integran el rubro de disponibilidad en el balance general de esas instituciones y sociedades.

Para efectos del párrafo anterior, el rubro de disponibilidad estará integrado por los siguientes conceptos: caja, billetes y monedas, existencia en oro y plata, documentos de cobro inmediato, cuentas de cheques, cuentas productivas, cuentas maestras y demás depósitos a la vista en bancos o casas de bolsa.

### Reglas de Valuación

Las disponibilidades se valuarán a su valor nominal.

Las disponibilidades representadas por metales preciosos amonedados, se valuarán a la cotización aplicable al cierre de mes.

En el caso de moneda extranjera, deberán apegarse a lo siguiente:

- 1) Se establecerá una posición por cada divisa que se maneje.
- 2) A la posición determinada, se le aplicará la equivalencia de las monedas de diversos países con el dólar de los Estados Unidos de América, correspondiente al mes de que se trate, emitida por el Banco de México y publicada los primeros días de cada mes en el Diario Oficial de la Federación.
- 3) Una vez convertidas las divisas originales a dólares, éstos se valuarán al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, del último día hábil del mes de que se trate, emitido por el Banco de México y publicado el Diario Oficial de la Federación.
- 4) La diferencia que resulte de la valuación de las divisas de las cuentas de activo y pasivo de acuerdo a estas bases, se registrará en la cuenta 6621.- CAMBIOS.

Si hubiese en la cartera de disponibilidades de una institución o sociedad, monedas de metales preciosos emitidas en el extranjero, éstas se valuarán con base en las cotizaciones internacionales respectivas. En el caso de monedas de oro que por su naturaleza no tengan valor de cotización, éstas deberán valuarse a costo de adquisición.

Los rendimientos sobre depósitos a la vista que generen intereses, se reconocerán en resultados conforme se devenguen.

#### **Reglas de Presentación**

Los conceptos considerados como disponibilidad en los términos establecidos en el presente criterio, deberán mostrarse en el balance general de esas Instituciones y Sociedades, agrupadas en el rubro de "disponibilidad" el cual aparece en la parte intermedia del cuerpo del mencionado balance dentro de las partidas de activo.

Por otra parte, los cheques, tanto del país como del extranjero, que no hubieren sido efectivamente cobrados después de dos días hábiles de haberse depositado, y los que habiéndose depositado hubieren sido objeto de devolución, se deberán llevar contra el saldo de deudores diversos. Cuando exista certeza o evidencia de que estos documentos no serán recuperables, éstos deberán castigarse directamente contra resultados.

### **B) INVERSIONES EN INSTRUMENTOS FINANCIEROS**

#### **Objetivo y Alcance del presente Criterio**

El objetivo del presente criterio es definir las reglas particulares de aplicación de las normas relativas al registro, valuación y presentación en los estados financieros, por la tenencia y rendimientos que obtengan esas instituciones y sociedades, como consecuencia de sus inversiones en instrumentos financieros.

Son materia del presente criterio, los siguientes aspectos:

- a) Reconocimiento inicial del costo de adquisición de las inversiones;
- b) Reconocimiento de las ganancias o pérdidas que se obtengan por la tenencia o venta de inversiones.
- c) Establecer los lineamientos para la transferencia entre las categorías de activos financieros.

Los criterios aquí establecidos serán aplicables a todos los instrumentos financieros existentes (excepto instrumentos financieros derivados), tanto en los mercados nacionales como internacionales.

#### **TITULOS DE DEUDA**

Al momento de la adquisición, estos instrumentos deberán clasificarse para su valuación y registro dentro de alguna de las siguientes categorías: títulos para financiar la operación, títulos para conservar a vencimiento o títulos disponibles para su venta.

La separación entre las categorías a que se refiere el párrafo anterior la harán las administraciones de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, tomando como base la intención que se tenga respecto de la utilidad de los títulos así como la capacidad financiera al momento de realizar la inversión.

#### **Títulos de Deuda para Financiar la Operación**

Son aquellos que la administración de la institución o sociedad tiene en posición propia, con la intención de cubrir siniestros y gastos de operación.

#### **Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos adquiridos para financiar la operación se registrarán a su costo de adquisición. La diferencia en la valuación de un periodo a otro de los títulos deberá registrarse en el estado de resultados del periodo en el que ocurre. En la fecha de su enajenación, se reconocerá el resultado por compra venta por el diferencial entre el valor neto de realización y el costo de adquisición del mismo.

#### **Reglas de Valuación**

El devengamiento del rendimiento de los títulos de deuda (intereses, cupones o equivalentes, se excluyen títulos a descuento), se realizará conforme al método de interés efectivo o línea recta, según corresponda de acuerdo a la naturaleza del mismo. Dichos rendimientos se deberán reconocer como realizados en el estado de resultados.

La inversión original de los títulos de deuda cotizados (se incluyen los títulos a descuento) se valorará a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o bien, por publicaciones oficiales especializadas en Mercados Internacionales. En caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado dentro de los 20 días hábiles previos al de la

valuación, dicha valuación se deberá realizar al cierre de cada mes. La inversión original de los títulos de deuda no cotizados se valorará a su valor razonable, el cuál deberá obtenerse utilizando determinaciones técnicas del valor razonable.

De no existir cotización de acuerdo al plazo anterior, se tomará como precio actualizado para valuación, el costo de adquisición, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes.

En ambos casos, los ajustes resultantes de las valuaciones se llevarán directamente contra los resultados del ejercicio. En el caso de operaciones que comprenden dos o más periodos contables de registro, el monto a reflejar como resultado por valuación, será la diferencia que resulte entre el último valor en libros y el valor determinado en función de los precios de mercado (o equivalentes) al momento de la valuación. Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se redima o venda la inversión tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

#### **Títulos de Deuda para Conservar a Vencimiento**

Sólo podrán clasificar valores en esta categoría, aquellas instituciones y sociedades que cuenten con la capacidad financiera para mantenerlos a vencimiento, sin menoscabo de su liquidez y que no existan limitaciones legales o de otra índole que pudieran impedir la intención original.

Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros no deberán clasificar un instrumento como conservado a vencimiento, si sólo tiene la intención de mantenerlo por un periodo indefinido y como consecuencia de expectativas relacionadas con cambios en las tasas de interés del mercado o necesidades de liquidez, o bien, cambios en las fuentes de recursos o riesgos en los tipos de cambio de las monedas extranjeras.

#### **Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos adquiridos para ser conservados hasta su vencimiento se registrarán a su costo de adquisición.

#### **Reglas de Valuación**

El devengamiento del rendimiento de los títulos de deuda (intereses, cupones o equivalentes, se excluyen títulos a descuento), se realizará conforme al método de interés efectivo o línea recta, según corresponda de acuerdo a la naturaleza del mismo. Dichos rendimientos se deberán reconocer como realizados en el estado de resultados.

Las inversiones originales de los títulos de deuda, cotizados y no cotizados, se valorarán con base al método de interés efectivo o línea recta, dándole efecto contable a esta valuación al cierre de cada mes de que se trate.

Los ajustes resultantes de las valuaciones determinadas se llevarán directamente contra los resultados del ejercicio. En el caso de operaciones que comprenden dos o más periodos contables de registro, el monto a reflejar como resultado por valuación, será la diferencia que resulte entre el último valor en libros y el nuevo valor determinado. Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se redima o venda la inversión tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

#### **Títulos de Deuda Disponibles para la Venta**

Son aquellos activos financieros que no son clasificados como inversiones a ser mantenidas para su vencimiento o activos financieros clasificados para financiar la operación.

#### **Reglas de Registro**

Al momento de la compra, se registrarán a su costo de adquisición.

#### **Reglas de Valuación**

El devengamiento del rendimiento de los títulos de deuda (intereses, cupones o equivalentes, se excluyen títulos a descuento), se realizará, ya sea a través de interés efectivo o línea recta, según corresponda de acuerdo a la naturaleza del mismo. Dichos rendimientos se deberán reconocer como realizados en el estado de resultados.

Por lo que corresponde a la inversión original de los títulos de deuda cotizados (se incluyen los títulos a descuento) se valorará a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o bien, por publicaciones oficiales especializadas en Mercados

Internacionales. En caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado dentro de los 20 días hábiles previos al de la valuación, dicha valuación se deberá realizar al cierre de cada mes. La inversión original de los títulos de deuda no cotizados se valorará a su valor razonable, el cuál deberá obtenerse utilizando determinaciones técnicas del valor razonable.

De no existir cotización de acuerdo al plazo anterior, se tomará como precio actualizado para valuación, el costo de adquisición, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes.

La diferencia resultante de la valuación conforme a mercado, y la valuación conforme al método de interés efectivo o línea recta utilizados para el devengamiento del rendimiento de los títulos, así como su correspondiente efecto por posición monetaria deberán ser reconocidos en el Capital Contable, en las cuentas de superávit o déficit por valuación de valores, de títulos de deuda disponibles para la venta según corresponda, hasta en tanto dichos instrumentos financieros no se vendan o se transfieran de categoría.

Al momento de su venta los efectos reconocidos anteriormente en el Capital Contable, deberán reconocerse en los resultados del periodo.

La inversión original de los títulos de deuda no cotizados se valorará a su valor razonable, el cuál deberá obtenerse utilizando determinaciones técnicas del valor razonable.

Los dividendos en efectivo, intereses, premios y/o descuentos devengados, generados por estos instrumentos, deben ser reconocidos en los resultados en el periodo conforme se devenguen.

#### **Consideraciones especiales para los títulos de deuda no cotizados**

Cuando una institución o sociedad obtenga evidencia suficiente de que un título de deuda no cotizado presente riesgo de crédito o de que el valor estimado experimenta un decremento permanente en su valor, el costo del título registrado en la contabilidad deberá ajustarse mediante el registro en la estimación por baja correspondiente. En este contexto, dicho valor deberá reducirse de acuerdo a las estimaciones que de los propios títulos hagan esas instituciones o sociedades.

Para los efectos del párrafo anterior, el valor de estimación se calculará tomando como base los nuevos flujos esperados de efectivo, descontados a la tasa implícita original del título.

El monto por el cual se reduce el valor del título deberá llevarse a resultados en el momento en que esto ocurra.

Si en fecha posterior a que el valor de un título de deuda no cotizado fue reducido, existe certeza de que el emisor cubrirá un monto superior al estimado, se podrá hacer una nueva estimación del valor del título.

El efecto de esta valuación deberá reconocerse en resultados dentro del ejercicio o cuando esto ocurra.

Por ningún motivo esta valuación podrá ser superior al valor del costo amortizado que se tenga a la fecha.

#### **Consideraciones especiales para los títulos de deuda cotizados**

Cuando una emisora quede suspendida, haya incumplido con sus obligaciones de pago de intereses y/o amortización de capital y el último hecho de mercado tenga más de 20 días de rezago, deberá reconocerse como precio actualizado para valuación el costo de adquisición.

### **TITULOS DE CAPITAL (ACCIONES)**

#### **Títulos de Capital para Financiar la Operación**

Son aquellos que la administración de la institución o sociedad tiene en posición propia, con la intención de cubrir siniestros y gastos de operación.

#### **Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos de capital adquiridos para financiar la operación se registrarán a su costo de adquisición.

#### **Reglas de Valuación**

Las inversiones en acciones cotizadas, se valorarán a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o por publicaciones oficiales especializadas en Mercados Internacionales. Únicamente en caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado tomando como precio actualizado para valuación el valor contable de la emisora o el costo de adquisición, el menor, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes de que se trate.

Los ajustes resultantes de las valuaciones a que se refieren las disposiciones anteriores, incrementarán o disminuirán mensualmente, según corresponda, y se llevarán a resultados. En el caso de operaciones que comprendan dos o más periodos contables, el monto a reflejar como utilidad o pérdida por valuación será la diferencia que resulte entre el último registro en libros y el valor de mercado al momento de la valuación.

Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se venda la inversión, tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

#### **Títulos de Capital Disponibles para su Venta**

Son aquellos que la administración de la institución o sociedad tiene en posición propia, sin la intención de cubrir siniestros y gastos de operación. Pudiendo ser con carácter temporal o permanente.

#### **Reglas de Registro**

Al momento de la compra, los títulos de capital adquiridos para mantenerlos disponibles para su venta se registrarán a su costo de adquisición.

#### **Reglas de Valuación**

Las inversiones en acciones cotizadas se valuarán a su valor neto de realización, tomando como base los precios de mercado dados a conocer por los proveedores de precios o por publicaciones oficiales especializadas en Mercados Internacionales. En caso de que éstos no existieran se tomará el último precio registrado dentro de los 20 días hábiles previos al de la valuación. De no existir cotización de acuerdo al plazo anterior, se tomará como precio actualizado para valuación el valor contable de la emisora, dándole efecto contable a la valuación al cierre de cada mes de que se trate.

El valor inicial de registro de acciones no cotizadas se modificará al final de cada periodo contable, utilizando el valor contable; cuando dicho valor se determine con base a estados financieros dictaminados, éste será su valor actualizado.

Los ajustes resultantes de las valuaciones a que se refieren las disposiciones anteriores, incrementarán o disminuirán mensualmente, según corresponda, y se llevarán a las cuentas de capital denominadas superávit o déficit por valuación de valores, de títulos de capital.

Los resultados por valuación que se reconozcan antes de que se venda la inversión, tendrán el carácter de no realizados y, consecuentemente, no serán susceptibles de capitalización ni de reparto de dividendos entre sus accionistas, hasta que se realicen en efectivo.

La valuación de acciones de instituciones de seguros que no cotizan en Bolsa, se determinará por la suma del capital contable, y la reserva de riesgos catastróficos, dividida entre el número de acciones en circulación.

La valuación de acciones de instituciones de fianzas que no cotizan en Bolsa, se determinará por la suma del capital contable y la reserva de contingencia, dividida entre el número de acciones en circulación.

Cabe destacar dentro de esta clasificación que si se trata de inversiones permanentes en acciones, deberán apegarse a lo estipulado en la NIF B-8 "Estados financieros consolidados y combinados y valuación de inversiones permanentes en acciones".

#### **Reglas de Presentación**

La presentación en el balance general de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, de las inversiones clasificadas según se ha comentado, será de acuerdo a las subcuentas que para el efecto establezca esta Comisión en el catálogo de cuentas.

#### **Instrumentos financieros con tratamiento especial**

Los reportos operados en mercado de dinero, así como los certificados de depósito a plazo y los pagarés con rendimiento liquidable al vencimiento expedidos en ventanilla, tanto en moneda nacional como extranjera, por sus características particulares, se considerarán, dentro de la clasificación "Títulos para Conservar a Vencimiento" y tendrán las mismas reglas de registro y valuación que los demás títulos de deuda de esta clasificación, cabe destacar que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros sólo podrán participar, en el caso de reportos, como reportadoras.

La presentación en el balance general de los reportos se realizará dentro de los rubros correspondientes a "Valores Gubernamentales o Empresas Privadas ya sean del sector financiero o no financiero" dependiendo de la naturaleza de los títulos del reporte.

### **Transferencia de Inversiones entre Categorías**

Las transferencias entre categorías de los activos financieros deben ser en general, poco comunes o raras, partiendo del hecho de que la clasificación original en el momento de su adquisición, debe ser perfectamente establecida y clara, con base en la intención y capacidad financiera original.

Las transferencias entre las categorías de activos financieros sólo son admisibles cuando la intención original para la clasificación de estos activos se vea afectada por los cambios en la capacidad financiera de la entidad, o por un cambio en las circunstancias que obliguen a modificar la intención original.

### **Instrumentos financieros conservados a vencimiento**

Las instituciones y sociedades que clasifiquen originalmente su inversión en instrumentos financieros conservados a vencimiento, tienen que verificar su capacidad para financiar estos activos y que no existan limitaciones legales o de otra índole que pudieran impedir la intención original.

No se clasificará un instrumento financiero como conservado a vencimiento, si sólo se tiene la intención de mantenerlo por un periodo indefinido y como consecuencia de expectativas relacionadas con cambios en las tasas de interés del mercado o necesidades de liquidez, o bien, cambios en las fuentes de recursos o riesgos en los tipos de cambio de las monedas extranjeras.

Cuando una institución o sociedad, muestre incapacidad financiera o surjan circunstancias que obliguen a modificar su intención original de mantener instrumentos financieros a vencimiento, el resto del portafolio así clasificado, debe ser evaluado y, en su caso, reclasificado o transferido a la categoría de disponibles para su venta.

La transferencia de esta categoría a la de disponibles para su venta, sin que se muestre incapacidad financiera o surjan circunstancias que obliguen a modificar la intención original de la institución o sociedad, referida en el párrafo anterior, sólo aplicaría si la entidad demuestra que se trata de:

- a) Una transacción aislada, no recurrente, debido a un evento fuera de su control y que no pudo ser anticipada por la entidad; o
- b) Que la transacción es a una fecha muy cercana al vencimiento del o los instrumentos; o
- c) Que la transacción ocurre después de haber recuperado la mayor parte de los derechos originales al cobro.

### **Instrumentos financieros clasificados como disponibles para su venta**

Si como resultado de cambios en la intención, o en los casos poco frecuentes en que dejen de encontrarse disponibles valores razonables confiables o que la capacidad financiera de la entidad permita mantener los instrumentos a vencimiento, es más apropiado valorar los activos financieros a su costo de adquisición y, por tanto, procede su reclasificación a instrumentos conservados a vencimiento.

### **Instrumentos para financiar la operación**

No se permite la transferencia de instrumentos clasificados originalmente para financiar la operación a cualquiera de las otras categorías de instrumentos financieros. Tampoco se permite la transferencia de instrumentos financieros de otras categorías a la de instrumentos para financiar la operación.

En adición a lo mencionado en los párrafos anteriores cuando esas instituciones o sociedades efectúen transferencias de categorías deberán contar con la aprobación de su Comité de Inversiones, así como que las coberturas de reservas técnicas y de capital mínimo de garantía no presenten faltantes derivados de dichas operaciones. Para tales efectos, esas instituciones y sociedades deberán presentar ante esta Comisión, dentro de los diez días naturales siguientes al cierre del mes en el que se efectuó la operación, la documentación que se detalla a continuación:

- 1.- Escrito libre en la que señalen los motivos y justificación de dichas transferencias;
- 2.- Copia de las pólizas contables de los movimientos realizados, y
- 3.- Acta o Acuerdo del Comité de Inversiones en donde conste la aprobación de las transferencias citadas.
- 4.- Detalle de los títulos a reclasificar, indicando número de títulos, emisor, serie, tipo de valor, fecha de adquisición y de vencimiento, así como las categorías involucradas en la reclasificación.

En todos los casos, las instituciones y sociedades deberán revelar en la nota denominada "valuación de activos, pasivos y capital", de la Circular mediante la cual se emiten las disposiciones de carácter general sobre notas a los estados financieros anuales de las instituciones de seguros vigente, lo siguiente:

- i) Una explicación de los motivos por los cuales se optó por realizar la reclasificación de categorías.
- ii) El impacto cuantitativo y contable del cambio en la clasificación de los títulos.
- iii) El importe total de los títulos reclasificados.

Si a pesar de las limitaciones y consideraciones explicadas en los párrafos anteriores, ocurren transferencias entre las categorías de instrumentos financieros, se observará lo siguiente:

a) Aquellos títulos de deuda, transferidos de la categoría de conservar a vencimiento hacia títulos disponibles para su venta, se deberán valorar a partir de ese momento a precio actualizado, llevando la diferencia entre valor mercado y el que se tenga registrado bajo el método de interés efectivo o línea recta a la cuenta de capital denominada "superávit o déficit por valuación de títulos de deuda".

b) Los instrumentos financieros clasificados como disponibles para su venta, transferidos a la categoría de conservados a vencimiento, las ganancias o pérdidas no realizadas, mientras se mantuvieron en su categoría original de disponibles para su venta y reconocidos como una partida dentro del capital contable, permanecerán en esta misma cuenta, pero serán amortizadas durante el periodo de vida remanente del instrumento, con cargo a los resultados del periodo y en forma similar a la amortización de los premios o descuentos.

#### **Venta anticipada de instrumentos clasificados como "Títulos para Conservar a Vencimiento"**

Esas instituciones y sociedades podrán realizar esta venta anticipada para cubrir las necesidades derivadas de los seguros que operen, con el fin de adquirir instrumentos de mayor duración. En cualquier otro caso, se requerirá de la previa autorización de esta Comisión.

Las instituciones de seguros que operan los seguros de vida y de pensiones podrán realizar esta venta anticipada, cuando con la finalidad de preservar los niveles de calce de sus inversiones sea necesario adquirir instrumentos de mayor duración. En cualquier otro caso, se requerirá de la previa autorización de esta Comisión.

#### **Venta anticipada de Títulos de Capital clasificados como "Disponibles para su Venta"**

Esas instituciones y sociedades podrán realizar esta operación cuando se perciban circunstancias extraordinarias que pudieran afectar su liquidez. En cualquier otro caso, se requerirá de la previa autorización de esta Comisión.

En todos los casos de ventas anticipadas, deberá contarse con la aprobación del Comité de Inversiones de la institución o sociedad de que se trate, así como que las coberturas de reservas técnicas y de capital mínimo de garantía no presenten faltantes derivados de tales operaciones.

Asimismo, deberán presentar ante esta Comisión dentro de los diez días naturales siguientes al cierre del mes en el que se efectuó la operación, la documentación que se detalla a continuación:

- 1.- Carta en la que señalen los motivos de dichas ventas anticipadas;
- 2.- Copia de las pólizas contables de los movimientos realizados, y
- 3.- Acta o Acuerdo del Comité de Inversiones en donde conste la aprobación de las ventas anticipadas realizadas.

Es importante señalar que, para afectación de las inversiones financieras a las coberturas, tanto de reservas técnicas como de capital mínimo de garantía, deberán apegarse a las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a las Reglas para el Capital Mínimo de Garantía de las Instituciones de Seguros.

Finalmente, para efectos del reconocimiento del deterioro de valor de los activos financieros y para los casos específicos que no se consideren en el presente criterio, esas instituciones y sociedades deberán apegarse a lo establecido en la NIF C-2 Instrumentos Financieros emitida por el CINIF.

### **TRANSITORIAS**

**PRIMERA.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y sustituye y deja sin efectos a la diversa S-16.1.3, del 17 de septiembre de 2007 y publicada en dicho Diario el 28 de ese mismo mes y año

**SEGUNDA.-** A efecto de propiciar una adecuada recomposición de los portafolios de inversión de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros ante las actuales circunstancias en los mercados financieros, y tomando en cuenta que en las disposiciones emitidas por esta Comisión en materia de disponibilidades e inversiones temporales publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 28 de septiembre de 2007 mediante las cuales se incluyó la categoría de «*títulos disponibles para su venta*», no se consideró la posibilidad para que esas instituciones y sociedades pudieran reclasificar la intencionalidad de sus inversiones catalogadas de «*títulos para financiar la operación*» a «*títulos disponibles para su venta*», esas instituciones y sociedades podrán llevar a cabo, por única ocasión, la reclasificación de títulos clasificados originalmente en la categoría de «*títulos para financiar la operación*» a la categoría de «*títulos disponibles para su venta*» con fecha valor al 1 de octubre de 2008.

Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros que deseen llevar a cabo la reclasificación a que se refiere el párrafo anterior, deberán apegarse a lo siguiente:

1. Que los instrumentos objeto de dicha reclasificación no hayan sufrido deterioro en su valor en virtud de cualquiera de las siguientes causas:
  - a) Que el emisor muestre problemas financieros importantes.
  - b) Que exista incumplimiento actual de las cláusulas del contrato, tales como la falta de pago de los intereses o capital.
  - c) Que existan concesiones o modificaciones a las cláusulas originales del contrato, aceptadas por el tenedor del activo financiero, provenientes de los problemas económicos o legales del emisor.
  - d) Que exista alta probabilidad de quiebra, suspensión de pagos o de una reorganización financiera del emisor del instrumento financiero.
  - e) Que se haya presentado reconocimiento de pérdidas por deterioro en periodos anteriores, sobre el mismo activo financiero.
  - f) Que haya desaparecido el instrumento financiero en el mercado activo donde se encontraba listado, debido a las dificultades financieras del emisor.
  - g) Que se haya reducido la calificación crediticia del emisor, efectuada por las calificadoras de riesgos crediticios, y que afecte el valor razonable del instrumento financiero.
2. Que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros cuenten con «*títulos para financiar la operación*» por un monto suficiente para cubrir sus requerimientos de liquidez una vez realizada la reclasificación. En este sentido, esas instituciones y sociedades deberán considerar como necesidades de liquidez, los requerimientos mínimos de inversiones para cubrir las reservas técnicas de corto plazo conforme lo que se establece en las "Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros".
3. Los superávits o minusvalías que se hubieran generado como resultado de haber tenido clasificada una inversión en la categoría de «*títulos para financiar la operación*», se mantendrán afectando las cuentas de resultados hasta el 30 de septiembre de 2008; a partir del 1 de octubre de 2008, se afectarán las cuentas respectivas del capital contable.
4. Las inversiones objeto de la reclasificación a que se refiere la presente disposición transitoria, permanecerán valuadas en la categoría de «*títulos disponibles para su venta*» y no serán susceptibles para ser reclasificadas a la categoría de «*títulos para conservar a vencimiento*» con fecha anterior a la de entrada en vigor de esta Circular.

**TERCERA.-** Las instituciones y sociedades mutualistas sólo podrán efectuar la reclasificación a que se refiere la disposición Segunda transitoria anterior, de manera previa al cierre contable del ejercicio de 2008.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 18 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

**CIRCULAR S- 20.2.15** mediante la cual se comunica a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros autorizadas para la práctica de la operación de daños, en el ramo de terremoto y otros riesgos catastróficos, la estructura del Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos y la forma y términos para su entrega.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

#### **CIRCULAR S- 20.2.15**

**Asunto:** Se comunica la estructura del Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos y la forma y términos para su entrega.

A las instituciones y sociedades mutualistas de seguros autorizadas para la práctica de la operación de daños, en el ramo de terremoto y otros riesgos catastróficos

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esas instituciones y sociedades deberán presentar ante esta Comisión, en la forma y términos que al efecto establezca, los informes y pruebas que sobre su organización, operaciones, contabilidad, inversiones o patrimonio les soliciten para fines de regulación, supervisión, control, inspección, vigilancia, estadística y demás funciones que conforme a dicha Ley u otras disposiciones legales y administrativas les corresponda ejercer.

Al respecto, con el propósito de modernizar los Sistemas Estadísticos y lograr una mayor eficiencia en el proceso de presentación de la información de las operaciones que realizan esas instituciones y sociedades, este Organismo Desconcentrado ha resuelto establecer una estructura de dicho sistema.

Por otra parte, se han efectuado las adecuaciones necesarias, para que el envío de información que realizan esas instituciones y sociedades se lleve a cabo vía Internet, utilizando la página Web de esta Comisión, cuya dirección electrónica es [www.cnsf.gob.mx](http://www.cnsf.gob.mx), de conformidad con las disposiciones que para tal efecto emita esta Comisión.

Derivado de lo anterior, esta Comisión ha resuelto emitir los siguientes lineamientos a los que deberán sujetarse esas instituciones y sociedades para el envío de la información correspondiente al Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos, en cumplimiento a las disposiciones legales y administrativas vigentes.

**PRIMERO.-** Esas instituciones y sociedades deberán presentar anualmente vía Internet a esta Comisión, la información estadística correspondiente al Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos, misma que deberá enviarse dentro de los primeros setenta y tres días naturales siguientes al cierre del ejercicio.

En caso de que la fecha límite para la presentación de la información estadística de que se trata, sea día inhábil, se considerará como fecha límite el día hábil inmediato siguiente.

Asimismo, en caso de que por causa de fuerza mayor dicho envío no sea posible realizarlo como se ha señalado, esas instituciones y sociedades podrán entregar la información en medio magnético en la Dirección General de Informática de esta Comisión, sita en Avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F. en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles, a más tardar el día hábil siguiente al de la fecha de entrega por internet, en donde se les hará entrega del acuse de recibo correspondiente.

Con independencia de lo anterior, las instituciones y sociedades en su caso, mediante escrito libre, podrán exponer las precisiones que consideren convenientes sobre la información estadística presentada, de conformidad con los términos establecidos en el lineamiento noveno.

**SEGUNDO.-** Esas instituciones y sociedades deberán presentar los archivos electrónicos que contengan la información estadística del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos, de acuerdo a los lineamientos establecidos en la presente Circular, únicamente por vía remota, utilizando la página Web de esta Comisión, sujetándose al "Manual del Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos", que como anexo se adjunta a la presente Circular, y de conformidad con las disposiciones que al efecto dé a conocer esta Comisión en su oportunidad, relativas a la integración de archivos, empaquetamiento y técnicas de envío.

Los catálogos contenidos en dicho Manual, podrán modificarse y/o actualizarse mediante disposiciones administrativas que emita esta Comisión para tal efecto.

**TERCERO.-** La información estadística a que se refiere la presente Circular, deberá organizarse en tres archivos tipo texto, uno correspondiente a los Datos Generales de la póliza, otro a la información estadística relativa a la Emisión y el último para reportar la información relativa a los Siniestros, de conformidad con lo establecido en el "Manual del Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos".

Los nombres de los archivos antes mencionados deberán integrarse de la siguiente manera:

- Para el archivo correspondiente a **DATOS GENERALES:**  
Tipo de Compañía + Clave de la Compañía + Año + DG + RH + .TXT
- Para el archivo correspondiente a la **EMISION:**  
Tipo de Compañía + Clave de la Compañía + Año + EMI + RH + .TXT
- Para el archivo correspondiente a **SINIESTROS:**  
Tipo de Compañía + Clave de la Compañía + Año + SIN + RH + .TXT

Donde:

Tipo de Compañía S = Seguros.

Clave de la compañía = Número que le haya sido asignado a la compañía por esta Comisión. Dicho número deberá antecederse por ceros hasta completar cuatro posiciones.

Año = Últimos dos dígitos del ejercicio que se reporta.

DG = Datos Generales.

EMI = Emisión.

SIN = Siniestros.

RH = Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos.

TXT = Extensión que se refiere a un archivo (ASCII) plano de tipo texto.

Ejemplo: Los nombres de los tres archivos del Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos para la compañía 48, a diciembre del 2008 serán:

S004808DGRH.TXT, S004808EMIRH.TXT y S004808SINRH.TXT

**CUARTO.-** Esas instituciones y sociedades deberán entregar los tres archivos de información estadística a que se refiere el lineamiento anterior, presentando en el primer registro de dichos archivos, un "registro de control" de conformidad con lo siguiente:

El "registro de control" deberá especificar en el primer renglón de cada columna del archivo, la suma de todos los montos reportados en esa columna, cuando se trate de campos numéricos (montos o cantidades), o el número total de registros que contengan información diferente de vacío para los otros tipos de campos, separados por el signo "|" conocido como "pipe". En caso de que la institución o sociedad no tenga movimientos que reportar, el primer renglón del archivo deberá ser llenado con un "cero" por cada campo que éste contenga y los demás renglones estarán vacíos.

En caso de que alguna(s) de las cifras del "registro de control" no sea(n) consistente(s) con lo reportado en el archivo de texto correspondiente, la información se considerará como no presentada para los efectos de la presente Circular.

**QUINTO.-** Los montos a los que se refiere la presente Circular corresponden a cifras históricas (no reexpresadas).

**SEXTO.-** El envío de la información a que se refiere la presente Circular, deberá hacerse de manera completa, de conformidad con lo establecido en los presentes lineamientos, así como en la forma y términos que en los mismos se señalan. Por lo anterior, se considerará entregada la información del Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos, cuando esas instituciones y sociedades hayan enviado la información correspondiente en tiempo y forma, y cuenten con los Acuses de Recibo y Validación correspondientes (uno por cada archivo de texto definido en el lineamiento tercero).

A falta de cualquiera de los elementos anteriores, se considerará como no entregada para los efectos de la presente Circular.

**SEPTIMO.-** Una vez que esas instituciones y sociedades hayan realizado la carga de información, deberán validarla en el propio sistema; ya aprobada la validación, deberán enviarla vía Internet.

Una vez que la información sea recibida, se generará el acuse de recibo correspondiente. Dicho acuse mostrará el número de transacción con el que se registra el envío correspondiente, así como la fecha y hora del mismo. La confirmación de recepción de la información quedará disponible en el sistema.

Aquella información cargada en el sistema pero que no haya sido enviada de forma exitosa, será considerada como no presentada, no obstante que haya sido validada con éxito.

Posteriormente, la Comisión realizará las validaciones manuales que considere convenientes para comprobar la calidad de la información recibida.

**OCTAVO.-** Para la cartera que se encuentre en coaseguro con otra institución, se deberán reportar las cifras de primas, siniestros y sumas aseguradas de acuerdo a su porcentaje de participación.

**NOVENO.-** Para el caso de que la institución o sociedad se encuentre facultada para operar el Ramo de Terremoto y Otros Riesgos Catastróficos y no haya operado en el periodo de reporte el Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos, será necesario que presente todos los archivos del sistema, de conformidad con lo estipulado en los lineamientos tercero y cuarto.

Con independencia de lo anterior, esas instituciones y sociedades en su caso podrán exponer las precisiones que consideren convenientes, mediante un escrito libre firmado por el Director General de la institución o sociedad o, en su defecto, por algún funcionario del nivel inmediato inferior al de aquél. Dicho escrito deberá ser presentado dentro de los primeros setenta y tres días naturales siguientes al cierre del ejercicio a reportar, en la Dirección General de Informática de esta Comisión, sita en Avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

**DECIMO.-** De acuerdo con los lineamientos establecidos en la presente Circular, esas instituciones y sociedades podrán hacerse acreedoras a una o más de las sanciones establecidas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por los siguientes motivos:

- a) Por la falta de presentación de la información a que se refiere la presente Circular dentro de los plazos establecidos para tales efectos o por la presentación extemporánea de la citada información.
- b) Cuando la información que hayan presentado sea incorrecta, incompleta y/o inadecuada, y que dé lugar a su sustitución, de acuerdo con las validaciones que realice esta Comisión.

#### **TRANSITORIOS**

**PRIMERO.-** La presente Circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y será aplicable a partir de la información correspondiente al ejercicio 2008.

**SEGUNDO.-** Con el propósito de que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros puedan instrumentar mecanismos para obtener la información correspondiente a la variable de "Valor total del bien siniestrado", deberán reportar dicha variable a partir de la información estadística correspondiente al ejercicio de 2010.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 108 fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y de conformidad con el Acuerdo por el que la Junta de Gobierno de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas delega en el presidente la facultad de emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga a dicha Comisión y para el eficaz cumplimiento de la misma y de las reglas y reglamentos, emitido el 2 de diciembre de 1998 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 17 de diciembre de 2008.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,  
**Manuel S. Aguilera Verduzco.-** Rúbrica.

**ANEXO**  
**MANUAL DEL SISTEMA ESTADISTICO**  
**DEL SEGURO DE RIESGOS HIDROMETEOROLOGICOS**

**CONTENIDO**

1. ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS PLANOS
2. DEFINICION DE VARIABLES
3. CATALOGOS

**1. ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS PLANOS**

El Sistema Estadístico del Seguro de Riesgos Hidrometeorológicos está conformado por tres archivos de texto a nivel póliza:

1. **Archivo Plano “Datos Generales”**.- En este archivo se reportarán las pólizas que estuvieron expuestas del 1o. de enero al 31 de diciembre del año de reporte y/o tuvieron algún movimiento (emisión, cancelación, reinstalación, rehabilitación, endosos) en el periodo de reporte, que haya afectado la contabilidad.
2. **Archivo Plano “Emisión”**.- En este archivo se reportarán la suma asegurada y la suma asegurada expuesta, para cada una de las pólizas, cobertura y tipo de seguro que estuvieron vigentes al menos un día en el periodo de reporte.
3. **Archivo Plano “Siniestros”**.- En este archivo se reportarán las pólizas con siniestro por ubicación, tipo de seguro, cobertura afectada y número de siniestro, tanto del ejercicio de reporte como de ejercicios anteriores, que hayan tenido movimientos en siniestros durante el periodo de reporte, indicando el lugar y fecha de ocurrencia así como el monto de cada siniestro de la cobertura que aplicó. Sólo se reportarán en este archivo los siniestros improcedentes por los cuales se hayan erogado gastos de ajuste o exista saldo en el monto del siniestro por diferencia en el tipo de cambio.

Los números de póliza que se reporten en más de un archivo plano y/o en diferentes ejercicios, deberán coincidir en su captura.

Para el llenado de los archivos se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Los archivos deben ser de tipo texto con separadores, es decir, cada una de sus columnas (variables) deberán estar separadas por pipes |, de tal manera que si el valor a reportar es cero, el campo de la variable se debe registrar con un solo cero y si el valor es nulo el campo se debe dejar vacío, a menos que se especifique lo contrario, por lo que en el archivo de tipo texto el campo aparecerá con dos pipes seguidos ||.
2. Al final de cada registro del archivo, se debe colocar un pipe y un punto y coma (;) y cuando continúe otro registro, se deberá separar por un salto de renglón después del punto y coma.
3. Las variables se deben registrar en el mismo orden que se definió en la estructura del archivo plano.
4. La información que se debe reportar corresponderá a la emisión del seguro directo.
5. Se deben considerar todos los documentos que estuvieron al menos un día en vigor dentro del periodo del reporte.
6. Se incluirán las pólizas que hayan tenido movimientos en siniestros durante el periodo de reporte, ya sea de siniestros ocurridos en el periodo o en ejercicios anteriores, sin importar si la póliza estuvo vigente algún día durante el periodo de reporte. Por cada siniestro se debe llenar un registro.
7. El registro de las variables correspondientes a montos, se debe efectuar en moneda nacional (pesos).
8. Los ceros contenidos en las claves de los catálogos deberán ser considerados al capturar los datos.
9. Para los montos en dólares que se reporten en los campos de Primas, Siniestros y Comisiones, el tipo de cambio a utilizar será el correspondiente al utilizado para el registro contable mensual (SIIF). En los demás montos se utilizará el tipo de cambio del cierre anual del ejercicio a reportar.
10. Todas las variables numéricas se deben reportar en montos sin decimales.
11. Los catálogos correspondientes a este Manual podrán modificarse y/o actualizarse mediante los Oficios-Circulares que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para tal efecto.

A continuación se presenta la estructura de cada uno de los archivos antes mencionados.

<b>Archivo Plano "Datos Generales"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamaño</b>	<b>Catálogo*</b>
1	<b>Tipo compañía</b>	Caracter	1	S/C
2	<b>Clave compañía</b>	Caracter	4	S/C
3	<b>Año de reporte</b>	Numérico	4	S/C
4	<b>Número de póliza</b>	Caracter	30	S/C
5	<b>Ubicación</b>	Numérico	8	S/C
6	<b>Número de ubicaciones</b>	Numérico	8	S/C
7	<b>Número de registros de la póliza</b>	Numérico	8	S/C
8	<b>Subcuenta contable</b>	Caracter	3	1
9	<b>Fecha de emisión</b>	Fecha	8	aaaammdd
10	<b>Inicio de vigencia</b>	Fecha	8	aaaammdd
11	<b>Fin de vigencia</b>	Fecha	8	aaaammdd
12	<b>Fecha cancelación</b>	Fecha	8	aaaammdd
13	<b>Moneda</b>	Caracter	1	2
14	<b>Forma de venta</b>	Caracter	1	3
15	<b>Uso del inmueble</b>	Caracter	2	4
16	<b>Código postal</b>	Caracter	5	S/C
17	<b>Entidad</b>	Caracter	2	5
18	<b>Primera línea de mar</b>	Numérico	1	S/C
19	<b>Tipo de cartera</b>	Caracter	1	6
20	<b>Tipo de seguro</b>	Caracter	2	7
21	<b>Prima emitida</b>	Numérico	12	S/C
22	<b>Prima retenida</b>	Numérico	12	S/C
23	<b>Prima devengada</b>	Numérico	12	S/C
24	<b>Comisión directa</b>	Numérico	12	S/C
25	<b>Valores totales edificio</b>	Numérico	15	S/C
26	<b>Valores totales contenido</b>	Numérico	15	S/C
27	<b>Valores totales pérdidas consecuenciales</b>	Numérico	15	S/C
28	<b>Valores totales bienes convenio expreso</b>	Numérico	15	S/C
29	<b>Límite máximo de responsabilidad</b>	Numérico	15	S/C
30	<b>Número de niveles</b>	Numérico	2	S/C
31	<b>Tipo primer riesgo</b>	Caracter	1	8
32	<b>Microseguros</b>	Numérico	1	S/C
33	<b>Estatus</b>	Caracter	2	9
34	<b>Tipo de pago</b>	Caracter	1	S/C

\* S/C.- Son los campos que para su captura no requieren de un catálogo.

<b>Archivo Plano "Emisión"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamaño</b>	<b>Catálogo*</b>
1	<b>Tipo compañía</b>	Caracter	1	S/C
2	<b>Clave compañía</b>	Caracter	4	S/C
3	<b>Año de reporte</b>	Numérico	4	S/C
4	<b>Número de póliza</b>	Caracter	30	S/C
5	<b>Ubicación</b>	Numérico	8	S/C
6	<b>Tipo de bien</b>	Caracter	1	10
7	<b>Cobertura</b>	Caracter	2	11
8	<b>Suma asegurada</b>	Numérico	15	S/C
9	<b>Suma asegurada expuesta</b>	Numérico	15	S/C
10	<b>Sublímite suma asegurada</b>	Numérico	1	S/C

<b>Archivo Plano "Siniestros"</b>				
<b>No.</b>	<b>Campo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamaño</b>	<b>Catálogo*</b>
1	<b>Tipo compañía</b>	Caracter	1	S/C
2	<b>Clave compañía</b>	Caracter	4	S/C
3	<b>Año de reporte</b>	Numérico	4	S/C
4	<b>Número de póliza</b>	Caracter	30	S/C
5	<b>Ubicación</b>	Numérico	8	S/C
6	<b>Código postal de la ubicación siniestrada</b>	Caracter	5	S/C
7	<b>Entidad de la ubicación siniestrada</b>	Caracter	2	5
8	<b>Tipo de bien</b>	Caracter	1	10
9	<b>Cobertura</b>	Caracter	2	11
10	<b>Número de siniestro</b>	Caracter	20	S/C
11	<b>Fecha de ocurrencia del siniestro</b>	Fecha	8	aaaammdd
12	<b>Fecha de reporte del siniestro</b>	Fecha	8	aaaammdd
13	<b>Tipo de evento</b>	Caracter	2	12
14	<b>Monto del siniestro ocurrido</b>	Numérico	12	S/C
15	<b>Gastos de ajuste</b>	Numérico	12	S/C
16	<b>Salvamentos</b>	Numérico	12	S/C
17	<b>Monto pagado</b>	Numérico	12	S/C
18	<b>Monto de deducible</b>	Numérico	12	S/C
19	<b>Monto de coaseguro</b>	Numérico	12	S/C
20	<b>Valor total del bien siniestrado</b>	Numérico	15	S/C

\* S/C.- Son los campos que para su captura no requieren de un catálogo.

## 2. DEFINICION DE VARIABLES.

A continuación se definen cada una de las variables que conforman los archivos planos estadísticos (AP).

### 1. "DATOS GENERALES"

El nombre de este archivo, como se especifica en la Circular S-20.2.15 suponiendo que la clave de la compañía que entrega la información del ejercicio del 2008 es 48, será el siguiente: **S004808DGRH.TXT**

1. **Tipo compañía:** Se debe capturar la variable "S" en cada uno de los registros que se reporten.
2. **Clave compañía:** Se debe capturar la clave de la compañía asignada por la CNSF.
3. **Año de reporte:** Se debe capturar el año del reporte de la información que se está entregando.
4. **Número de póliza:** Se debe capturar la clave asignada por la compañía aseguradora a cada una de sus pólizas.
5. **Ubicación:** Se debe capturar la clave asignada por la compañía aseguradora de la ubicación que se tiene registrada. En caso de que no se tenga el desglose por bien inmueble, se capturará el valor de 1.

Se entenderá por ubicación, la del bien o de los bienes inmuebles que se toman como unidad de riesgo.

Cuando la institución cuente con el desglose de bienes inmuebles, se reportará un registro por cada bien inmueble.

6. **Número de ubicaciones:** Es el número de ubicaciones que se encuentran en el mismo predio o en predios distintos.
7. **Número de registros de la póliza:** Para las pólizas sin agrupar se debe capturar el número de ubicaciones y para las pólizas agrupadas se capturará el valor de 1.
8. **Subcuenta contable:** Se debe capturar según el **catálogo 1**, la subcuenta contable donde se registra la información de acuerdo al Catálogo de Cuentas Unificado emitido por la CNSF.
9. **Fecha de emisión:** Se debe registrar la fecha en que se dio de alta la póliza contablemente. En caso de renovación de la póliza, se registrará la fecha de alta contable de ese movimiento. El formato de su registro es el siguiente:

a	a	a	a	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

10. **Inicio de vigencia:** Registrar la fecha en que inicia la vigencia de la póliza. El formato de su registro es el siguiente:

a	a	a	a	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

11. **Fin de vigencia:** Registrar la fecha en que finaliza la vigencia de la póliza. El formato de su registro es el siguiente:

a	a	a	a	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

12. **Fecha cancelación:** Se debe registrar la fecha en que se efectuó la cancelación contable de la póliza del seguro de Riesgos Hidrometeorológicos. En esta variable se reportarán únicamente las pólizas que lleguen canceladas al final del ejercicio y se reportará la última cancelación contable que haya tenido la póliza. En caso contrario, el campo se dejará vacío. El formato de su registro es el siguiente:

a	a	a	a	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

13. **Moneda:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 2**, la clave de la moneda con la cual se emitió la póliza.

14. **Forma de venta:** Registrar la clave según el **catálogo 3**, de la forma de venta del seguro. En los casos que figuren distintas formas, se deberá reportar el que tenga el mayor porcentaje de participación la prima emitida. En el caso de que tengan el mismo porcentaje, se reportará el primero.

Se entenderá por Venta Masiva, aquellas pólizas de seguro caracterizadas por su estandarización y sencillez, emitidas a personas físicas, cuyos beneficiarios sean también personas físicas, y que hayan sido contratadas de forma voluntaria (no sean derivadas de previsión social ni vinculadas a una operación crediticia ni derivadas de una licitación) y que hayan sido comercializadas a través de venta directa por un canal diferente a Banca - Seguros.

15. **Uso del inmueble:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 4**, la clave del uso del inmueble que corresponda, conforme a lo definido en el modelo para el cálculo de prima pura y pérdida máxima probable de riesgos hidrometeorológicos, de la Circular S-10.1.10 vigente.

En los negocios que contengan varios usos, se debe reportar el que represente la mayor participación en primas emitidas.

16. **Código postal:** Se debe especificar el código postal donde se encuentra el bien o inmueble asegurado, conforme a lo definido en el modelo para el cálculo de prima pura y pérdida máxima probable de riesgos hidrometeorológicos, de la Circular S-10.1.10 vigente.

En caso de que la póliza no tenga el desglose de las ubicaciones aseguradas, se registrará el código postal de la ubicación de mayor participación en primas emitidas.

17. **Entidad:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 5**, la clave de la entidad federativa en la que se encuentre el código postal del bien o inmueble asegurado.

18. **Primera línea de mar:** Se debe capturar "1" (uno), si el inmueble se encuentra a menos de 500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta o "2" (dos) si el inmueble está a más de 500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta, conforme a lo definido en el modelo para el cálculo de prima pura y pérdida máxima probable de riesgos hidrometeorológicos, de la Circular S-10.1.10 vigente.

19. **Tipo de cartera:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 6**, la clave del tipo de cartera que se ampara en la póliza, conforme a lo definido en el modelo para el cálculo de prima pura y pérdida máxima probable de riesgos hidrometeorológicos, de la Circular S-10.1.10 vigente.

20. **Tipo de seguro:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 7**, la clave del seguro que corresponda.

21. **Prima emitida:** Se debe reportar el monto total de la prima neta correspondiente a los documentos expedidos durante el periodo de reporte, más endosos de aumento menos endosos de disminución y cancelaciones.

22. **Prima retenida:** Se debe reportar el monto total de la prima retenida correspondiente a los documentos expedidos durante el periodo de reporte, más endosos de aumento menos endosos de disminución y cancelaciones.

23. **Prima devengada:** Se debe reportar la parte proporcional de la prima emitida que se devengó durante el periodo de reporte. Por ello deben considerarse pólizas y endosos emitidos tanto en el periodo de referencia, como los emitidos en periodos anteriores y que estuvieron vigentes en el periodo de reporte.

Para efectos de devengamiento de la prima emitida ésta deberá considerarse desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, sin embargo, si el inicio de la vigencia corresponde a periodos anteriores, el devengamiento de la prima será a partir del inicio del periodo de reporte.

La forma de cálculo es la siguiente:

$$PD = \frac{Dp}{Dv} PE$$

Donde:

**PD** = Prima devengada.

**Dp** = Número de días en vigor en el periodo expuesto.

**Dv** = Número de días de vigencia de la póliza y/o endoso.

**PE** = Prima emitida, incluye emisión de cualquier año y que se encuentre vigente en el periodo reportado.

24. **Comisión directa:** Registrar el monto neto de las comisiones o compensaciones directas otorgadas a los agentes, correspondientes a la prima expedida durante el periodo de reporte. El registro de esta variable se efectuará independientemente de que la póliza o endoso ya haya sido pagada o esté pendiente de pago.
25. **Valores totales edificio:** Se deben capturar los valores totales suscritos para edificio vigentes al final del periodo de reporte o a la fecha de fin de vigencia de la póliza.  
En caso de que la póliza cubra edificio y algún otro bien, y no se cuenta con el valor total para cada uno de esos bienes, se reportará el valor total de los bienes en este campo.
26. **Valores totales contenidos:** Se deben capturar los valores totales suscritos para los contenidos vigentes al final del periodo de reporte o a la fecha de fin de vigencia de la póliza.  
En caso de que la póliza cubra contenidos y algún otro bien diferente de edificio, y no se tenga el valor total para cada uno de esos bienes, se reportará el valor total de los bienes en este campo.
27. **Valores totales pérdidas consecuenciales:** Se deben capturar los valores totales suscritos para las coberturas de pérdidas consecuenciales vigentes al final del periodo de reporte o a la fecha de fin de vigencia de la póliza.
28. **Valores totales bienes convenio expreso:** Se deben capturar los valores totales suscritos para los bienes que generalmente pueden quedar asegurados, mediante convenio expreso entre el asegurado y la institución, vigentes al final del periodo de reporte o a la fecha de fin de vigencia de la póliza.
29. **Límite máximo de responsabilidad:** Se debe capturar el límite máximo de responsabilidad de la póliza.
30. **Número de niveles:** Se debe capturar el número total de niveles del edificio, incluyendo sótanos; en caso de pólizas agrupadas se capturarán el número total de niveles del edificio con mayor participación en primas emitidas.
31. **Tipo primer riesgo:** Se debe capturar, de acuerdo al **catálogo 8**, la manera en que está operando el primer riesgo, en caso de estar suscrita la póliza de esa forma.
32. **Microseguros:** Se registrará con el valor de "1" (uno) si el producto corresponde a un microseguro o "0" (cero) en caso de que no lo sea.  
Se entiende por Microseguro aquellos productos que tengan como propósito promover el acceso de la población de bajos ingresos a la protección del seguro mediante la utilización de medios de distribución y operación de bajo costo.
33. **Estatus:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 9**, la clave del tipo de movimiento contable de la póliza a nivel ubicación al final del ejercicio.
34. **Tipo de pago:** Se registrará con el valor de "1" (uno) si el tipo de pago es único o de contado y "2" (dos) si el tipo de pago es fraccionado.

## 2. "EMISION"

El nombre de este archivo, como se especifica en la Circular S-20.2.15 suponiendo que la clave de la compañía que entrega la información del ejercicio del 2008 es 48, será el siguiente: **S004808EMIRH.TXT**

1. **Tipo compañía:** Se debe capturar la variable "S" en cada uno de los registros que se reporten.
2. **Clave compañía:** Se debe capturar la clave de la compañía asignada por la CNSF.
3. **Año de reporte:** Se debe capturar el año del reporte de la información que se está entregando.
4. **Número de póliza:** Se debe capturar la clave asignada por la compañía aseguradora a cada una de sus pólizas.
5. **Ubicación:** Se debe capturar la clave asignada por la compañía aseguradora de la ubicación que se tiene registrada. En caso de que no se tenga el desglose por bien inmueble, se capturarán el valor de 1.

Se entenderá por ubicación, la del bien o de los bienes inmuebles que se toman como unidad de riesgo.

Cuando la institución cuente con el desglose de bienes inmuebles, se reportará un registro por cada bien inmueble.

6. **Tipo de bien:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 10**, la clave del bien que se está asegurando.
7. **Cobertura:** Se debe capturar según el **catálogo 11**, la clave de cada una de las coberturas de la póliza.
8. **Suma asegurada:** Se debe reportar el monto total de la suma asegurada contratada vigente al final del periodo de reporte o a la fecha de fin de vigencia de la póliza por cada bien y cobertura.

En el caso de seguros a primer riesgo se deberá registrar la suma asegurada del Tipo de Bien. Para el caso de planes que no sean a primer riesgo, será la suma asegurada establecida en la cobertura.

9. **Suma asegurada expuesta:** Se debe reportar la parte proporcional de la suma asegurada contratada que estuvo expuesta durante el periodo de reporte, por cada bien y cobertura.

Para ello deberán considerarse pólizas y endosos emitidos tanto en el periodo de referencia, como los emitidos en periodos anteriores.

Para efectos de obtener la exposición de la suma asegurada ésta deberá considerarse desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza; sin embargo, si el inicio de la vigencia corresponde a periodos anteriores, la exposición será a partir del inicio del periodo de reporte.

La forma de cálculo es la siguiente:

$$SAE = S \frac{V}{T} + \sum A_i \frac{V_i}{T} - \sum D_j \frac{V_j}{T}$$

Donde:

**SAE** = Suma asegurada expuesta

**S** = Suma asegurada con la que originalmente se contrató el seguro

**A<sub>i</sub>** = i-ésimo movimiento de aumento de suma asegurada

**D<sub>j</sub>** = j-ésimo movimiento de disminución de suma asegurada

**V<sub>i</sub>** = número de días de exposición del i-ésimo aumento de suma asegurada en el periodo de reporte

**V<sub>j</sub>** = número de días de exposición de la j-ésima disminución de suma asegurada en el periodo de reporte

**V** = número de días de exposición de la suma asegurada con la que originalmente se contrató el seguro, en el periodo de reporte

**T** = número total de días de exposición de la póliza dentro del periodo de reporte

10. **Sublímite de suma asegurada:** Se registrará el valor de "1" (uno) si la suma asegurada de la cobertura es un sublímite de la suma asegurada total o "0" (cero) en caso de que no lo sea.

### 3. "SINIESTROS"

El nombre de este archivo, como se especifica en la Circular S-20.2.15 suponiendo que la clave de la compañía que entrega la información del ejercicio del 2008 es 48, será el siguiente: **S004808SINRH.TXT**

1. **Tipo compañía:** Se debe capturar la variable "S" en cada uno de los registros que se reporten.
2. **Clave compañía:** Se debe capturar la clave de la compañía asignada por la CNSF.
3. **Año de reporte:** Se debe capturar el año del reporte de la información que se está entregando.
4. **Número de póliza:** Se debe capturar la clave asignada por la compañía aseguradora a cada una de las pólizas siniestradas.
5. **Ubicación:** Se debe capturar la clave asignada por la compañía aseguradora de la ubicación siniestrada.
6. **Código postal de la ubicación siniestrada:** Se debe especificar el código postal, conforme a lo definido en el modelo para el cálculo de prima pura y pérdida máxima probable de riesgos hidrometeorológicos, de la Circular S-10.1.10 vigente, donde se encuentra el bien o inmueble siniestrado.
7. **Entidad de la ubicación siniestrada:** Se debe capturar de acuerdo al **catálogo 5**, la clave de la entidad federativa en la que se encuentre el código postal del bien o inmueble siniestrado.

8. **Tipo de bien:** Se debe capturar según el **catálogo 10**, la clave del bien que está siniestrado.
9. **Cobertura:** Se debe capturar según el **catálogo 11**, la clave de cada una de las coberturas y/o riesgos de la póliza, afectadas por el siniestro.
10. **Número de siniestro:** Se debe capturar la clave que la misma compañía le asignó al siniestro ocurrido, por lo que cada siniestro tendrá una clave diferente.
11. **Fecha de ocurrencia del siniestro:** Indicar la fecha en que ocurrió el siniestro. El formato de captura será el siguiente:

a	a	a	a	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

12. **Fecha de reporte del siniestro:** Indicar la fecha en que el siniestro fue reportado a la compañía. El formato de captura será el siguiente:

a	a	a	a	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

13. **Tipo de evento:** Se debe capturar según el **catálogo 12**, la clave del tipo de evento que originó el siniestro.
14. **Monto del siniestro ocurrido:** Se debe registrar el monto del siniestro, neto de deducible y coaseguro, de los movimientos registrados durante el periodo de reporte, independientemente de la fecha de ocurrencia del siniestro. Este considera los importes de las reservas estimadas más/menos los ajustes a las reservas.
15. **Gastos de ajuste:** Se debe reportar el monto que considera los gastos directos de ajuste del siniestro generados por la atención del mismo, inclusive para los casos de siniestros improcedentes.
16. **Salvamentos:** Se debe reportar el importe total obtenido por la compañía por concepto de salvamentos y/o recuperaciones de terceros, derivado del siniestro ocurrido.
17. **Monto pagado:** Se debe registrar el total de los montos pagados al asegurado por concepto de siniestro, neto de coaseguro y deducible, durante el periodo de reporte.
18. **Monto de deducible:** Se debe reportar el importe total a cargo del asegurado correspondiente a su participación en los siniestros indemnizables dentro del periodo de reporte.
19. **Monto de coaseguro:** Se debe reportar el importe total a cargo del asegurado correspondiente a su participación en los siniestros pagados dentro del periodo de reporte.

El monto de coaseguro se debe aplicar después de haber descontado al siniestro ocurrido el deducible.

20. **Valor total del bien siniestrado:** Se deben capturar el valor total o de reposición por tipo de bien y cobertura siniestrada, a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Con excepción del edificio, en caso de no contar con el valor total del bien, se deberá reportar un valor total estimado.

### 3. CATALOGOS

Catálogo 1	
Clave	Subcuenta contable
073	Huracán y otros riesgos hidrometeorológicos
075	Otros

Catálogo 2	
Clave	Moneda
1	Nacional
2	Extranjera
3	Indizada

<b>Catálogo 3</b>	
<b>Clave</b>	<b>Forma de Venta</b>
<b>1</b>	Agentes Persona Física
<b>2</b>	Agentes Persona Moral
<b>3</b>	Venta Masiva
<b>4</b>	Directo
<b>5</b>	Banca-Seguros
<b>9</b>	Otra forma de venta

<b>Catálogo 4</b>		
<b>Clave</b>	<b>Uso del inmueble</b>	<b>Tipo</b>
<b>01</b>	Casa habitación	EDIFICIO
<b>02</b>	Casa habitación (lujo)	
<b>03</b>	Departamento	
<b>04</b>	Departamento (lujo)	
<b>05</b>	Vivienda (crédito hipotecario)	
<b>06</b>	Oficina	
<b>07</b>	Hotel	
<b>08</b>	Escuela	
<b>09</b>	Hospital, clínica, sanatorio	
<b>10</b>	Tienda departamental, centro comercial, comercio y tienda en general	
<b>11</b>	Restaurante, Bar, Salón de Baile, Centro nocturno	
<b>12</b>	Bodega con contenidos no vulnerables al agua (plásticos, vidrio, llantas, entre otros)	
<b>13</b>	Bodega con contenidos mixtos, vulnerables y no vulnerables al agua	
<b>14</b>	Bodega con contenidos vulnerables al agua (equipo eléctrico, electrónico, alimentos, cemento, papel, entre otros)	
<b>15</b>	Fábrica	
<b>16</b>	Tienda departamental, centro comercial, comercio y tienda en general	
<b>17</b>	Restaurante, Bar, Salón de Baile, Centro nocturno	
<b>18</b>	Bodega con contenidos no vulnerables al agua (plásticos, vidrio, llantas, entre otros)	
<b>19</b>	Bodega con contenidos mixtos, vulnerables y no vulnerables al agua	
<b>20</b>	Bodega con contenidos vulnerables al agua (equipo eléctrico, electrónico, alimentos, cemento, papel, entre otros)	
<b>21</b>	Fábrica	
<b>22</b>	Gasolineras	

<b>23</b>	Antenas y torres de transmisión y recepción	<b>OTROS</b>
<b>24</b>	Albercas	
<b>25</b>	Anuncios y rótulos	
<b>26</b>	Caminos, andadores, calles, guarniciones y patios	
<b>27</b>	Tanques o silos	
<b>28</b>	Elementos decorativos de áreas exteriores	
<b>29</b>	Instalaciones y canchas deportivas	
<b>30</b>	Luminarias	
<b>31</b>	Muros de contención de concreto armado, bardas, rejas y mallas perimetrales (incluye puertas y portones)	
<b>32</b>	Palapas y pérgolas	
<b>33</b>	Sistemas de riego incluyendo tuberías	

<b>Catálogo 5</b>			
<b>Clave</b>	<b>Entidad</b>	<b>Límite Inferior Códigos Postales</b>	<b>Límite Superior Códigos Postales</b>
01	AGUASCALIENTES	20000	20999
02	BAJA CALIFORNIA	21000	22999
03	BAJA CALIFORNIA SUR	23000	23999
04	CAMPECHE	24000	24999
05	COAHUILA	25000	27999
06	COLIMA	28000	28999
07	CHIAPAS	29000	30999
08	CHIHUAHUA	31000	33999
09	DISTRITO FEDERAL	01000	19999
10	DURANGO	34000	35999
11	GUANAJUATO	36000	38999
12	GUERRERO	39000	41999
13	HIDALGO	42000	43999
14	JALISCO	44000	49999
15	MEXICO	50000	57999
16	MICHOACAN	58000	61999
17	MORELOS	62000	62999
18	NAYARIT	63000	63999
19	NUEVO LEON	64000	67999
20	OAXACA	68000	71999
21	PUEBLA	72000	75999
22	QUERETARO	76000	76999
23	QUINTANA ROO	77000	77999
24	SAN LUIS POTOSI	78000	79999

25	SINALOA	80000	82999
26	SONORA	83000	85999
27	TABASCO	86000	86999
28	TAMAULIPAS	87000	89999
29	TLAXCALA	90000	90999
30	VERACRUZ	91000	96999
31	YUCATAN	97000	97999
32	ZACATECAS	98000	99999
33	EN EL EXTRANJERO	00999	00999

<b>Catálogo 6</b>	
<b>Clave</b>	<b>Tipo de cartera</b>
<b>1</b>	Individual
<b>2</b>	Colectiva agrupada
<b>3</b>	Colectiva semiagrupada

<b>Catálogo 7</b>	
<b>Clave</b>	<b>Tipo de seguro</b>
<b>01</b>	Riesgos Hidrometeorológicos

<b>Catálogo 8</b>	
<b>Clave</b>	<b>Tipo primer riesgo</b>
<b>1</b>	Absoluto
<b>2</b>	Relativo
<b>3</b>	Ninguno

<b>Catálogo 9</b>	
<b>Clave</b>	<b>Estatus</b>
<b>01</b>	Póliza Vigente
<b>02</b>	Póliza Rehabilitada
<b>03</b>	Póliza Cancelada desde Origen
<b>04</b>	Póliza Cancelada durante la Vigencia
<b>05</b>	Póliza Vencida
<b>06</b>	Ubicación Rehabilitada
<b>07</b>	Ubicación Cancelada
<b>99</b>	Otro tipo de movimiento

<b>Catálogo 10</b>	
<b>Clave</b>	<b>Tipo de bien</b>
1	Edificio
2	Contenidos
3	Pérdidas Consecuenciales
4	Existencias / Bienes Bajo Convenio Expreso
5	Contenidos y Edificio
6	Contenidos y Bienes Bajo Convenio Expreso
7	Contenidos y Pérdidas Consecuenciales
8	Edificio y Pérdidas Consecuenciales
9	Otra combinación

<b>Catálogo 11</b>	
<b>Clave</b>	<b>Cobertura</b>
01	Riesgos Hidrometeorológicos
02	Remoción de Escombros
03	Ganancias Brutas
04	Gastos Extraordinarios
05	Gastos Extras para Casa Habitación
06	Interrupción de Actividades Comerciales
07	Pérdida de Rentas
08	Pérdida de Utilidades, Gastos Fijos y Salarios
09	Seguro Contingente
10	Interdependencia
11	Endoso Inflacionario
12	Seguro Flotante
99	Otra cobertura

<b>Catálogo 12</b>	
<b>Clave</b>	<b>Tipo de evento</b>
01	Avalancha de lodo / Deslizamientos
02	Ciclón tropical (Huracán)
03	Daños por lluvia
04	Granizo
05	Helada
06	Inundación por desbordamiento / Inundación por lluvia
07	Marejada
08	Nevada
09	Tsunami / Golpe de mar
10	Vientos tempestuosos / Tornado
99	Otro tipo de evento