

SEGUNDA SECCION
PODER EJECUTIVO
SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

TASAS para el cálculo del impuesto especial sobre producción y servicios aplicables a la enajenación de gasolinas y diesel en el mes de marzo de 2009.

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

TASAS PARA EL CALCULO DEL IMPUESTO ESPECIAL SOBRE PRODUCCION Y SERVICIOS APLICABLES A LA ENAJENACION DE GASOLINAS Y DIESEL EN EL MES DE MARZO DE 2009.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16 y 31 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 2o.-A de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, se dan a conocer las siguientes tasas (%) para el cálculo del impuesto especial sobre producción y servicios por la enajenación de gasolinas y diesel en el mes de marzo de 2009, por agencia y producto:

(%)

AGENCIA DE VENTAS	GASOLINA PEMEX MAGNA	GASOLINA PREMIUM	PEMEX DIESEL	DIESEL INDUSTRIAL BAJO AZUFRE	DIESEL MARINO ESPECIAL
ACAPULCO	11.52	16.87	10.71	21.00	
AGUASCALIENTES	11.07	8.82	8.33	12.76	
AZCAPOTZALCO	8.20	12.20	14.13	17.26	
CADEREYTA	11.08	18.87	15.03	17.16	
CADEREYTA*/	18.21		14.69		
CAMPECHE	11.44	16.61	2.53	18.58	15.80
CAMPECHE */	8.31	13.70	5.32		
CD. JUAREZ	3.33	16.25	2.30		
CD. JUAREZ */	4.26	3.55	5.62		
CD. MADERO	14.99	11.65	6.54	16.95	13.48
CD. MANTE	11.56	9.24	9.38		
CD. OBREGON	10.26	15.56	8.91	13.38	
CD. VALLES	11.83	8.73	9.79		
CD. VICTORIA	14.12	10.88	11.49	21.30	
CELAYA	13.26	10.35	13.26	17.87	
CHIHUAHUA	10.16	12.42	4.16	9.28	
CHIHUAHUA */	4.61	-5.90	4.90		
COLIMA	9.54	14.89	8.32		
CUAUTLA	2.99	7.20	7.80	11.69	
CUERNAVACA	5.41	9.61	9.39		
CULIACAN	9.49	14.87	6.58	10.43	
DURANGO	5.50	3.41	5.81	13.85	
EL CASTILLO	5.35	9.39	9.13	12.66	
ENSENADA */	9.56	15.27	9.69	14.07	15.43
ESCAMELA	13.58	18.57	9.15	13.18	

AGENCIA DE VENTAS	GASOLINA PEMEX MAGNA	GASOLINA PREMIUM	PEMEX DIESEL	DIESEL INDUSTRIAL BAJO AZUFRE	DIESEL MARINO ESPECIAL
GOMEZ PALACIO	8.43	7.39	10.46	13.43	
GUAMUCHIL	9.89	15.33	6.07	15.85	
GUAYMAS	11.39	16.48	10.90	16.39	13.18
HERMOSILLO	9.58	15.06	6.27	9.50	
HERMOSILLO */	6.98	12.83	5.12		
IGUALA	1.87	6.47	6.92		
IRAPUATO	12.96	9.93	14.03	18.61	
JALAPA	11.82	16.91	9.06		
L. CARDENAS	11.89	16.99	12.95	16.91	18.14
LA PAZ */	9.78	14.32	9.05	15.44	9.61
LEON	12.11	9.55	11.88	16.88	
MAGDALENA	5.58	11.40	2.25		
MAGDALENA */	4.66	0.00	2.02		
MANZANILLO	8.58	14.63	9.87	18.55	11.72
MATEHUALA	7.34	5.95	6.13		
MAZATLAN	9.98	16.30	9.40	15.44	13.21
MERIDA	12.64	17.76	10.89	14.60	-5.01
MERIDA */	9.15	15.02	6.89	11.88	7.04
MEXICALI */	11.82	8.44	3.80	7.91	
MINATITLAN	26.53		-0.71		19.34
MONCLOVA	9.83	9.43	11.36	13.77	
MONCLOVA */			13.43	14.05	
MONTERREY S.C.	4.93	8.97	14.16	17.53	
MORELIA	11.70	9.30	11.63	17.58	
NAVOJOA	7.58	13.30	6.32		
NOGALES	1.54	5.08	0.83		
NOGALES */	5.28	0.65	2.94		
NUEVO LAREDO	8.82	18.23	14.90		
NUEVO LAREDO */	-3.02	-5.56	9.42		
OAXACA	8.38	13.98	7.32		
PACHUCA	13.54	10.90	10.02	14.43	
PAJARITOS	15.13	20.13	8.83	19.81	16.14
PAJARITOS */	6.15	31.57	23.99		
PARRAL	3.78	11.07	4.39	12.88	
PEROTE	8.56	13.89	5.84		
POZA RICA	15.15	11.84	7.14	2.73	12.37

AGENCIA DE VENTAS	GASOLINA PEMEX MAGNA	GASOLINA PREMIUM	PEMEX DIESEL	DIESEL INDUSTRIAL BAJO AZUFRE	DIESEL MARINO ESPECIAL
PROGRESO	13.10	17.76	12.24	20.49	14.61
PROGRESO */	9.59	14.99			
PUEBLA	12.44	17.73	9.44	14.94	
QUERETARO	13.44	10.87	13.36	17.15	
REYNOSA	11.30	15.28	10.03		
REYNOSA */	1.56	-6.42	12.21	6.98	
ROSARITO */	14.43	10.59	10.10	14.17	7.99
SABINAS	1.82	0.22	10.63		
SABINAS */	-6.77	-16.08	9.02		
SALAMANCA	-0.71		-1.31		
SALINA CRUZ	13.11	17.93	12.01	18.17	14.03
SALTILLO	10.31	8.13	11.58	16.36	
SAN LUIS POTOSI	11.75	9.36	11.65	15.52	
SATELITE NORTE	8.13	11.97	13.07		
SATELITE ORIENTE	8.19	12.02	13.00		
SATELITE SUR	8.21	11.96	14.16	21.46	
TAPACHULA	6.27	12.01	7.46		7.82
TAPACHULA */	7.15	12.81	6.36		
TEHUACAN	10.00	15.00	5.65		
TEPIC	0.12	4.90	3.77		
TIERRA BLANCA	13.64	18.53	10.92	0.20	
TOLUCA	13.08	10.33	12.05	17.02	
TOPOLOBAMPO	10.97	16.32	10.74	14.94	11.63
TULA	14.46	13.36	14.32		
TUXTLA GUTIERREZ	4.89	11.07	3.77	12.87	
TUXTLA GUTIERREZ */	2.91	8.73	2.43		
URUAPAN	8.60	6.73	8.58		
VERACRUZ	14.73	19.58	11.76	15.91	14.92
VILLAHERMOSA	13.87	18.72	6.92	13.59	5.78
VILLAHERMOSA */	7.80	30.07	19.59		
ZACATECAS	9.82	7.65	6.70	13.28	
ZAMORA	5.10	9.12	11.34		
ZAPOPAN	5.47	9.40	8.03	10.50	

*/ Causa el Impuesto al Valor Agregado de 10.0%.

Atentamente

México, D.F., a 1 de abril de 2009.- En ausencia del Secretario de Hacienda y Crédito Público y del Subsecretario del Ramo y con fundamento en el artículo 105 del Reglamento Interior de esta Secretaría, el Subsecretario de Ingresos, **José Antonio Meade Kuribreña**.- 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, misma que sustituye y deja sin efecto a la Circular S-8.4 de fecha 19 de diciembre de 2008 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año.

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 30 de diciembre de 2008, fecha de entrada en vigor de la Circular S-8.4 que se sustituye.

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 6 de abril de 2009.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, **Manuel S. Aguilera Verduzco**.- Rúbrica.

ANEXO 1

**SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE LA
COBERTURA DE FALLECIMIENTO, EN LA OPERACION DE VIDA.
SEGURO TEMPORAL DE VIDA INDIVIDUAL A 5 AÑOS**

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

"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(los) registro(s) número _____ de fecha _____".

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 puedan 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.

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 COMPAÑIA 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 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 reembolsar 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 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 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, 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 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, 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 _____.”

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite www.-----; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.”

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 o 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			Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad	Ciudad y Estado de Nacimiento
Día	Mes	Año					

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	Describe 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**

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

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

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

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? Sí () No ()

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

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

Cuestionario Médico

Peso _____ kg Talla _____ cm

Fuma Sí No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. <i>Diabetes</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. <i>Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. <i>Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. <i>Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. <i>Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. <i>Insuficiencia renal o pancreatitis</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. <i>Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. <i>VIH, SIDA o seropositivo al VIH</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 hospitalares, 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 se derive 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

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? Sí () 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 por 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 _____ de fecha _____.

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):	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)			
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD			
NO. DE VECES QUE LO ASISTIÓ			
FECHA DE INICIO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
DURACIÓN			
GRAVEDAD			
SECUELAS			
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO			
NOMBRE :		TELÉFONO	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	
NOMBRE :		TELÉFONO	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
PARTE I	CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN)	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE	
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)		
PARTE II			
OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO.			
NOTA: 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".			
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.			
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
_____ FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			

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, No., Colonia):			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 OTRO:			
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, misma que sustituye y deja sin efecto a la Circular S-8.5 de fecha 19 de diciembre de 2008 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año.

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 30 de diciembre de 2008, fecha de entrada en vigor de la Circular S-8.5 que se sustituye.

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 6 de abril de 2009.- 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**

- ° \$ 100,000.00 pesos.
- ° \$ 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 edad, género y 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 del 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 OFICINA, TIENDA, DESPACHO, LABORATORIO, ETC.**

- | | | |
|----------------------|-------------------|--|
| 1. ABARROTERO | 12. AUDITOR | 23. DIBUJANTE |
| 2. ABOGADO | 13. AVICULTOR | 24. DIPLOMATICO |
| 3. ACTUARIO | 14. BANQUERO | 25. DISEÑADOR |
| 4. AGENTE DE COMPRAS | 15. BIBLIOTECARIO | 26. DULCERO |
| 5. ALCALDE | 16. CAJERO | 27. EDITOR |
| 6. ALFARERO | 17. CONTADOR | 28. EMBAJADOR |
| 7. AMA DE CASA | 18. CONTRATISTA | 29. EMBOTELLADOR (vinos, cerveza, refrescos) |
| 8. ANTICUARIO | 19. COMPOSITOR | 30. EMPACADOR (de carne) |
| 9. ARCHIVISTA | 20. CORRESPONSAL | 31. ENCUADERNADO |
| 10. ARQUITECTO | 21. COSTURERA | 32. ESCULTOR |
| 11. ARTESANO | 22. DECORADOR | |

33. ESTEREOTIPISTA	60. LIBRERO	87. PUBLICISTA
34. ETNOLOGO	61. LINOTIPISTA	88. PULIDOR DE PISOS Y MUEBLES
35. FARMACEUTICO	62. LOCUTOR	89. QUESERO
36. FERROCARRILERO	63. MADERERO	90. RADIO-FABRICANTE
37. FISICO	64. MANICURISTA	91. RADIO-OPERADOR
38. FLORISTA	65. MAESTRO DE ESCUELA(S)	92. RELOJERO
39. FORRAJERO	66. MAYORDOMO	93. RENTISTA
40. FOTOGRAFADOR	67. MECANICO	94. SACERDOTE
41. FOTOGRAFO	68. MENSAJERO	95. SALINERO
42. FRUTERO	69. METEOROLOGO	96. SASTRE
43. FRUTICULTOR	70. MINERO	97. SOMBRERERO
44. GEOLOGO	71. MODISTA	98. TABAQUERO
45. GRABADOR	72. MOLINERO	99. TALABARTERO
46. GUIA DE TURISTAS	73. MUEBLERO	100. TAPICERO
47. HERRERO	74. MUSICO DE SINFONICA	101. TELEFONISTA, OPERADOR, INSTALADOR Y TECNICO
48. HOJALATERO	75. OCULISTA	102. TELEGRAFISTA
49. HORTELANO	76. OFICINISTA	103. TEJEDOR
50. HOTELERO	77. OPTOMETRISTA	104. TENDERO
51. IMPRESOR	78. PAGADOR	105. TINTORERO
52. INGENIERO	79. PANADERO	106. TOPOGRAFO
53. INSTRUMENTISTA	80. PELETERO O CURTIDOR	107. TORNERO
54. JABONERO	81. PERIODISTA	108. TROQUELADOR
55. JOYERO	82. PETROLERO	109. VALUADOR
56. LAVADOR DE ROPA	83. PINTOR DE MUEBLES, VENTANAS Y CASAS, ETC.	110. VETERINARIO
57. EMPLEADO DE LABORATORIO	84. PLATERO	111. VIDRIERO
58. LECHERO PROPIETARIO	85. PLOMERO	112. VITIVINICULTOR
59. LECHERO O REPARTIDOR EN ESTABLO	86. PROFESOR	113. VULCANIZADOR
		114. 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.

OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES

1. ARREGLISTA (MUSICA)

DESPLAZANDOSE CON MUCHA FRECUENCIA**EN LA CALLE**

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

EN LUGARES FIJOS**EN OFICINA, 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 CONSULTORIO | 18. PINTOR ARTISTA |
| 7. DERMATOLOGO | | 19. QUIMICO |

SUPERVISANDO

1. CERRAJERO
2. COSTURERA
3. PLATERO

MANEJO DE MAQUINARIA LIGERA

1. DULCERO

SIN MANEJO DE HERRAMIENTA

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

OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES

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

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.

DESPLAZANDOSE CON MUCHA FRECUENCIA**EN LA CALLE**

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

EN VIAJE

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| 1. ABARROTERO | 47. FISCOTERAPISTA | 93. PELETERO O CURTIDOR |
| 2. ABOGADO | 48. FLORISTA | 94. PERFORADOR DE MINAS |
| 3. AGENTE DE COMPRAS | 49. FORRAJERO | 95. PERFORADOR DE POZOS |
| 4. AGENTE DE VENTAS | 50. FOTOGRAFADOR | 96. PERIODISTA |
| 5. AGRICULTOR | 51. FOTOGRAFO | 97. PETROLERO |
| 6. AJUSTADOR DE SEGUROS | 52. FOTOGRAFO PERIODISTA | 98. PINTOR ARTISTA |
| 7. ALCALDE | 53. FRUTERO | 99. PINTOR DE MUEBLES, VENTANAS Y CASAS, ETC. |
| 8. ALFARERO | 54. FRUTICULTOR | 100. PLATERO |
| 9. ANESTESIOLOGO | 55. FUMIGADOR (no piloto) | 101. PLOMERO |
| 10. ANTICUARIO | 56. GANADERO | 102. PROFESOR |
| 11. APARADORISTA | 57. GEOLOGO | 103. PUBLICISTA |
| 12. ARQUITECTO | 58. GRABADOR | 104. PULIDOR DE PISOS Y MUEBLES |
| 13. ARTESANO | 59. GUIA DE TURISTAS | 105. QUESERO |
| 14. AUDITOR | 60. HERRERO | 106. QUIMICO |
| 15. AVICULTOR | 61. HOJALATERO | 107. QUIROPRACTICO |
| 16. BAILARIN | 62. HORTELANO | 108. RADIOLOGO |
| 17. BOTANICO | 63. HOTELERO | 109. RADIO-FABRICANTE |
| 18. CARPINTERO | 64. IMPRESOR | 110. RADIO-OPERADOR |
| 19. CARTERO | 65. INGENIERO | 111. RADIOTERAPISTA |
| 20. CERRAJERO | 66. INSTRUMENTISTA | 112. RELOJERO |
| 21. CIRUJANO | 67. JABONERO | 113. RENTISTA |
| 22. COBRADOR | 68. JOYERO | 114. SACERDOTE |
| 23. CONTADOR | 69. EMPLEADO DE LABORATORIO | 115. SALINERO |
| 24. CONTRATISTA | 70. LIBRERO | 116. SASTRE |
| 25. CORDELERO | 71. LOCUTOR | 117. SOLDADOR |
| 26. COREOGRAFO | 72. MADERERO | 118. SOBRESTANTE |
| 27. CORRESPONSAL | 73. MAESTRO DE ESCUELA(S) | 119. SOMBRERERO |
| 28. CULTORA DE BELLEZA | 74. MATERIALISTA | 120. TABAQUERO |
| 29. DECORADOR | 75. MAYORDOMO | 121. TAPICERO |
| 30. DIBUJANTE | 76. MECANICO | 122. TELEFONISTA, OPERADOR, INSTALADOR Y TECNICO |
| 31. DIPLOMATICO | 77. MEDICO DE CONSULTORIO | 123. TELEGRAFISTA |
| 32. DIRECTOR DE ORQUESTA | 78. MENSAJERO | 124. TEJEDOR |
| 33. DULCERO | 79. METEOROLOGO | 125. TENDERO |
| 34. EDITOR | 80. MINERO | 126. TINTORERO |
| 35. ELECTRICISTA | 81. MISIONERO | 127. TOPOGRAFO |
| 36. EMBAJADOR | 82. MODELO | 128. TORNERO |
| 37. EMBOTELLADOR (vinos, cerveza, refrescos) | 83. MODISTA | 129. TROQUELADOR |
| 38. EMPACADOR (de carne) | 84. MOLINERO | 130. VALUADOR |
| 39. ENCUADERNADO | 85. MUEBLERO | 131. VETERINARIO |
| 40. ENFERMERA | 86. MUSICO | 132. VIDRIERO |
| 41. ESCULTOR | 87. MUSICO DE SINFONICA | 133. VITIVINICULTOR |
| 42. ESTEREOTIPISTA | 88. OCULISTA | 134. VULCANIZADOR |
| 43. ETNOLOGO | 89. OSTEOPATA | 135. ZAPATERO |
| 44. FERRETERO | 90. PANADERO | 136. ZOOLOGO |
| 45. FERROCARRILERO | 91. PEDICURISTA | |
| 46. FISICO | 92. PEINADORA | |

EN LUGARES FIJOS**EN OFICINA, 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

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

“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 _____.”

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. DESCRIPCION DEL SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL
4. EXCLUSIONES
5. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES
6. CLAUSULAS GENERALES
 - 6.1 CLAUSULAS DE INTERES PARA EL ASEGURADO
 - 6.1.1 RENOVACION
 - 6.1.2 PRIMAS (MONTO DE PRIMAS)
 - 6.1.3 FORMA DE PAGO
 - 6.1.4 LUGAR DE PAGO
 - 6.1.5 EDAD ALCANZADA
 - 6.1.6 EDAD MINIMA DE ACEPTACION
 - 6.1.7 EDAD MAXIMA DE ACEPTACION
 - 6.1.8 REHABILITACION
 - 6.1.9 PERIODO DE GRACIA
 - 6.2 CLAUSULAS OPERATIVAS
 - 6.2.1 CAMBIO EN EL RIESGO
 - 6.2.2 LUGAR DE RESIDENCIA
 - 6.2.3 CANCELACION
 - 6.2.4 VIGENCIA
 - 6.2.5 TERMINACION DEL CONTRATO
 - 6.2.6 MODIFICACIONES
 - 6.2.7 NOTIFICACIONES

6.3 CLAUSULAS CONTRACTUALES

- 6.3.1** COMPETENCIA
- 6.3.2** PRESCRIPCION
- 6.3.3** MONEDA
- 6.3.4** REVELACION DE COMISIONES
- 6.3.5** INTERES MORATORIO
- 6.3.6** BENEFICIARIOS
- 6.3.7** CAMBIO DE BENEFICIARIOS
- 6.3.8** EDAD

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.

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 los representantes de la Compañía.
- 2 Nombre y domicilio del Contratante.
- 3 Nombre y fecha de nacimiento del Asegurado.
- 4 Nombre de los Beneficiarios.
- 5 La naturaleza de los riesgos transferidos.
- 6 Fecha de inicio y fin de la vigencia.
- 7 Lista de Endosos incluidos.
- 8 Monto de Suma Asegurada.
- 9 Cobertura Contratada.
- 10 Prima del seguro.

b) Condiciones Generales.- Conjunto de cláusulas donde se establece 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 Compañía, previo acuerdo entre las partes, 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.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) Información para la orientación en caso de siniestro.- Texto(s) que describe(n) 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.

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 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. 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.

4. 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 delictivos 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.

5. 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 químico 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.”.

6. Cláusulas Generales.

6.1 Cláusulas de Interés para el asegurado

6.1.1 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.

6.1.2 (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.

6.1.3 Forma de pago

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

6.1.4 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.

6.1.5 Edad Alcanzada

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

6.1.6 Edad Mínima de Aceptación

12 años cumplidos.

6.1.7 Edad Máxima de Aceptación

65 años cumplidos.

6.1.8 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.

6.1.9 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.

6.2 Cláusulas Operativas**6.2.1** 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.

6.2.2 Lugar de Residencia

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

6.2.3 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.

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.

6.2.4 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.

6.2.5 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.

6.2.6 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.

6.2.7 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.

6.3 Cláusulas Contractuales

6.3.1 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.

6.3.2 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.

6.3.3 Moneda

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

6.3.4 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.

6.3.5 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.

6.3.6 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 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 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.

6.3.7 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.

6.3.8 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 12 (doce) 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 _____.”

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite www.-----; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.”

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 o 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 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 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
-----------	------------------	------------------

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

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	Describe en que consisten sus labores	Empresa en que las desempeña su labor

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**

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

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

Domicilio Particular

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

DATOS DEL PLAN

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

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? Si () No ()		Compañía		Suma Asegurada
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si () No ()		En caso afirmativo ¿Por qué motivo?		
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
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 se derive 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 _____.

ANEXO 4

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, No., Colonia):						CIUDAD:							
ESTADO:		C.P.		TELÉFONO									
RFC:		CURP:		FECHA DE NACIMIENTO:		DIA		MES		AÑO			
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					
<p>NOTA: 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 RELEVAN 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>													
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

"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 _____."

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, misma que sustituye y deja sin efecto a la Circular S-8.6 de fecha 19 de diciembre de 2008 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año.

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 30 de diciembre de 2008, fecha de entrada en vigor de la Circular S-8.6 que se sustituye.

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 6 de abril de 2009.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, **Manuel S. Aguilera Verduzco**.- Rúbrica.

ANEXO 1

Producto Básico Gastos Médicos

LOGOTIPO

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 ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	30 días En el caso de Accidentes no aplica.
	Padecimientos: ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, Hemorroides, fístulas y fisuras rectales (o prolapso del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Complicaciones del Recién nacido	Aplican Exclusiones ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*
Litotripsia		Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
Apendicectomía		Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
Fractura de Huesos		Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e Insitu, son excluidos.	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General en el Distrito Federal

1) Numeral 5 de las Condiciones Generales

2) 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.

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.

LOGOTIPO

Producto Básico Gastos Médicos

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, aún 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.

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.

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 los representantes de la Compañía
 - 2 Nombre y domicilio del Contratante
 - 3 La designación de las personas aseguradas
 - 4 La naturaleza de los riesgos transferidos
 - 5 Fecha de inicio y fin de la vigencia
 - 6 Lista de Endosos incluidos
 - 7 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
 - 8 Cobertura Contratada
 - 9 Prima del seguro
 - 10 Montos de suma asegurada o tipo de plan
- b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establece 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 Compañía, previo acuerdo entre las partes, 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.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.
- d) **Información para la orientación en caso de siniestro.-** Texto(s) que describe(n) 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.

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 por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.

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 de 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 Transplante de Organos Mayores

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

"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(los) registro(s) número _____ de fecha _____".

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 TRANSPLANTE 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
- 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.

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 los representantes de la Compañía
 - 2 Nombre y domicilio del Contratante
 - 3 La designación de las personas aseguradas
 - 4 La naturaleza de los riesgos transferidos
 - 5 Fecha de inicio y fin de la vigencia
 - 6 Lista de Endosos incluidos
 - 7 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
 - 8 Cobertura Contratada
 - 9 Prima del seguro
 - 10 Montos de suma asegurada o tipo de plan
- b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establece 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 Compañía, previo acuerdo entre las partes, 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.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.
- d) **Información para la orientación en caso de siniestro.-** Texto(s) que describe(n) 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.

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 por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.

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 de 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 Transplante 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 de Seguro, 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 4 inciso "a" de este Contrato de Seguro.

b. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro 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 4 inciso "b" de este Contrato de Seguro.

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 ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	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), hemias y eventraciones, nariz y senos paranasales.	Aplican Exclusiones ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días por padecimiento	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Parto Normal	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Cesárea	Aplican Exclusiones ¹ Se cubren Complicaciones del parto, máximo hasta 30 días.	1/2 SMMGVDF ²	2 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
	Complicaciones del Recién nacido	Aplican Exclusiones ¹	1/2 SMMGVDF ²	30 días	Públicos y Privados	Sí	12 meses
Indemnización por Enfermedades de Alta Frecuencia	Colecistectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e Insitu, son excluidos.	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF ²		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General en el Distrito Federal

1) Numeral 5 de las Condiciones Generales

2) 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, ésta 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:

- a) Padecimientos ginecológicos.
- b) Padecimientos de la columna vertebral.
- c) Padecimientos de glándulas mamarias.
- d) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- e) Amigdalitis y adenoiditis.
- f) Hernias y eventraciones.
- g) 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 cuales 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.

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:

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

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 de Seguro, 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, aún 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	De acuerdo a 4.b.1	
	Fractura de Huesos	1 SMMGVDF*
	De acuerdo a 4.b.2	
	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*	
De acuerdo a 4.b.3		
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 médico o 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.

7 Cláusulas Generales

7.1 Cláusulas de Interés para el Asegurado

a. Renovación

Este Contrato de Seguro 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 de Seguro 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 de Seguro, 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 de Seguro 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 de Seguro 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 de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de 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 médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, 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, se considerará que la vigencia de la póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

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 de Seguro.

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 de Seguro, 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 de Seguro. 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 _____

"Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite www.-----; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx."

ANEXO 3 Solicitud

Seguro Individual/Familiar de Gastos Médicos

I. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social			
RFC		CURP (personas físicas)	
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.

Estado de salud	Especificar	Titular	Cónyuge	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. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía.							

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(los) registro(s) número _____ de fecha _____".

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 COMPAÑIA:	
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑIA? <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	
<p>DOCUMENTOS A PRESENTAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO). EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA). 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). EN SU CASO, INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE. COPIA DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA INSTITUCION (EN CASO DE ACCIDENTE). INFORMES MEDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACION DEL MEDICO TRATANTE (NOTAS MEDICAS DEL HOSPITAL). COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FISICA. LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MEDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNOSTICO. <p>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 COMPAÑIA, 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACION DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A LA COMPAÑIA LA INFORMACION DE SU CONOCIMIENTO Y QUE A SU VEZ LA COMPAÑIA 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.</p>			
FECHA: (DIA /MES/ AÑO)		LUGAR:	
_____		_____	
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO	

*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(los) registro(s) número _____ de fecha _____.

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												
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th colspan="3">FECHA DE INICIO</th></tr> <tr><td style="width: 20px;">DÍA</td><td style="width: 20px;">MES</td><td style="width: 20px;">AÑO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO												
DÍA	MES	AÑO										
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><th colspan="3">FECHA DIAGNÓSTICO</th></tr> <tr><td style="width: 20px;">DÍA</td><td style="width: 20px;">MES</td><td style="width: 20px;">AÑO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		FECHA DIAGNÓSTICO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DIAGNÓSTICO												
DÍA	MES	AÑO										
TIPO DE PADECIMIENTO <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)												

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, esta 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 _____

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, misma que sustituye y deja sin efecto a la Circular S-8.7 de fecha 19 de diciembre de 2008 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año.

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 30 de diciembre de 2008, fecha de entrada en vigor de la Circular S-8.7 que se sustituye.

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 6 de abril de 2009.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, **Manuel S. Aguilera Verduzco**.- Rúbrica.

ANEXO 1

Seguro Básico Estandarizado de Salud

Características de la Cobertura

Módulo	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 8 SMDGVDF*	2 SMDGVDF*	Los que el médico indique	20 SMDGVDF*	20%

(*) SMDGVDF, 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

"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 _____."

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 MEDICO
- 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
- 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 profesional 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 Médico

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 médico 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, aún 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 los representantes de La Compañía
- 2 Nombre y domicilio del Contratante
- 3 La designación de las personas aseguradas
- 4 La naturaleza de los riesgos transferidos
- 5 Fecha de inicio y fin de la vigencia
- 6 Lista de Endosos incluidos
- 7 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
- 8 Cobertura Contratada
- 9 Prima del seguro
- 10 Montos de suma asegurada o tipo de plan

b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establece 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 Compañía, previo acuerdo entre las partes, 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.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

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 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 o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- 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 de Seguro 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 cuales 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 este contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

1.40 Territorio

Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio Nacional denominado "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 tienen 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.

Módulo	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 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 1 día antes de 41 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 ésta 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.

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 al agotarse la Suma Asegurada, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente.

5.2 Modificaciones y Notificaciones

El Contrato de Seguro 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 de Seguro 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 la información 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 de Seguro 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 este documento.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este Contrato de seguro 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 solo 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 solo 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, 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(los) registro(s) número _____ de fecha _____".

"Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite www.-----; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx."

Logotipo

ANEXO 3 Solicitud
Seguro Individual/Familiar de SaludSolicitud 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 una 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 cardíacas 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	¿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-_____ de fecha _____.

ANEXO 4

Logotipo

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"/>	Nacionalidad	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 <input type="text"/>		No. de Póliza <input type="text"/>

DATOS DEL EVENTO

En caso de que el gasto sea correctivo (accidente o enfermedad) Fecha de inicio

DIA MES AÑO

¿Cuál 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 DEL (LOS) MÉDICO(S) QUE LO HA(N) ATENDIDO

Nombre del Médico Tratante	Cédula Profesional
Teléfono consultorio	Especialidad
	Cédula Especialidad

DETALLE DE GASTOS RECLAMADOS

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

Lugar y Fecha: _____

Nombre y 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 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 _____".

Logotipo

ANEXO 5

FECHA DE SOLICITUD

--	--	--

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

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

Antecedentes Personales Patológicos

PADECIMIENTO ACTUAL (En caso de accidente o enfermedad)

Principales Signos y Síntomas

<input type="checkbox"/>					
DIA	MES	AÑO	Fecha de Inicio		

Estudios que se recomienda practicar

<input type="checkbox"/>					
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

<input type="checkbox"/>					
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

"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 _____".

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, misma que sustituye y deja sin efecto a la Circular S-8.8 de fecha 19 de diciembre de 2008 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año.

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 30 de diciembre de 2008, fecha de entrada en vigor de la Circular S-8.8 que se sustituye.

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 6 de abril de 2009.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, **Manuel S. Aguilera Verduzco.**- Rúbrica.

Seguro Básico Estandarizado de Salud Dental

Características de la Cobertura

Tipo de seguro

Seguro Dental Familiar para mínimo tres personas

Especificaciones

Copago 20% Del gasto total por servicio

Deducible Anual \$100 Una vez por año póliza, al utilizar la póliza por primera vez.

Cobertura

- **Mayores de 13 años (De 14 años cumplidos o mayores).**
- **Menores de 14 años (De 0 años a 1 día antes de cumplir 14 años)**
- **Beneficio:**

Se amparan en el lapso de un año los tratamientos dentales que a continuación se describen:

Módulo	Paciente Adulto	Número de Servicios al año Póliza	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Mayores de 13 años)	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Menores de 14 años)
Preventivo	Consulta oral detallada y extensiva Diagnóstico Plan de Tratamiento	1	No se cubre por reembolso	No se cubre por reembolso
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1	\$176	\$120
	Aplicación tópica de flúor (Únicamente para menores de 14 años)	1	No aplica	\$112
	Radiografías	4	\$32 c/u	\$32 c/u
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aun cuando no exista comunicación entre si)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	\$240 c/u	\$240 c/u
	Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior, aun cuando no exista comunicación entre si)		\$252 c/u	\$252 c/u
	Extracción Simple	2	\$320 c/u	\$200 c/u
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)	1	\$400	No aplica

Forma de otorgar la cobertura:

A través de la red o vía reembolso

Edades de Aceptación

Sin restricciones

Forma de Pago

Anual

Periodo de Gracia para Pago de Prima

30 días

Temporalidad

Un año Renovable

Tarifa

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

Conductos de Venta

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

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 _____

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 MEDICO
- 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/ESPECIALISTA
- 1.33 PAGO DIRECTO
- 1.34 PERIODO DE BENEFICIO
- 1.35 PERIODO DE GRACIA
- 1.36 PLAN
- 1.37 POLIZA
- 1.38 PROFILAXIS
- 1.39 PROTESIS

- 1.40 RADICECTOMIA
- 1.41 RADIOGRAFIA
- 1.42 RADIOGRAFIA DE ALETA DE MORDIDA
- 1.43 RADIOGRAFIA OCLUSAL
- 1.44 RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- 1.45 RECLAMACION O SOLICITUD DE SERVICIOS
- 1.46 RECIBO DE PAGO
- 1.47 RED MEDICA DENTAL
- 1.48 REEMBOLSO
- 1.49 SALUD
- 1.50 SOLICITUD
- 1.51 SOLICITANTE TITULAR O ASEGURADO TITULAR
- 1.52 SUMA ASEGURADA O LIMITE ANUAL
- 1.53 TABULADOR DE HONORARIOS MEDICOS
- 1.54 TERRITORIO
- 1.55 TRATAMIENTO DENTAL U ODONTOLOGICO
- 1.56 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

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 Titular 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 a cargo del Asegurado, correspondiente a un porcentaje 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 a cada Asegurado de la presente póliza como tal, ante la Red de Dentistas u Odontólogos.

1.13 Dependientes Económicos

Cónyuge o Concubina(rio) e hijos del Asegurado Titular, 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 y será aplicable sólo para la primera vez que utilice la póliza durante su vigencia.

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 el 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 encuentre expresamente indicado en la misma.

1.19 Expediente Médico

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 médico 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/Especialista

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

1.33 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.

1.34 Periodo de beneficio

Es el tiempo máximo para erogar los gastos médicos de los padecimientos amparados, de acuerdo con las condiciones del contrato.

1.35 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.

1.36 Plan

Conjunto de características específicas del Contrato de Seguro.

1.37 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 los representantes de la Compañía
 - 2 Nombre y domicilio del Contratante
 - 3 La designación de las personas aseguradas
 - 4 La naturaleza de los riesgos transferidos
 - 5 Fecha de inicio y fin de la vigencia
 - 6 Lista de Endosos incluidos
 - 7 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
 - 8 Cobertura Contratada
 - 9 Prima del seguro
 - 10 Montos de suma asegurada o tipo de plan
- 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 Compañía, previo acuerdo entre las partes, 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.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

1.38 Profilaxis

Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes (Limpieza dental).

1.39 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.

1.40 Radicectomía

Procedimiento quirúrgico para la eliminación de las raíces de un órgano dentario.

1.41 Radiografía

Examen diagnóstico realizado con Rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.

1.42 Radiografía de Aleta de Mordida

Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

1.43 Radiografía Oclusal

Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o la mandíbula.

1.44 Radiografía periapical

Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.

1.45 Reclamación o Solicitud de Servicios

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

1.46 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.

1.47 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 por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.

1.48 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.

1.49 Salud

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

1.50 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.

1.51 Solicitante Titular o Asegurado Titular

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

1.52 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.

1.53 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.

1.54 Territorio

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

1.55 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.

1.56 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 tienen 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 de Seguro, 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 al Asegurado, en cada año póliza, los Gastos Dentales u Odontológicos por los tratamientos que a continuación se describen:

DEDUCIBLE: Una vez por año póliza, más el copago por cada tratamiento realizado.				
Módulo	Paciente Adulto	Número de Servicios al año Póliza	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Mayores de 13 años)	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Menores de 14 años)
Preventivo	Consulta oral detallada y extensiva Diagnóstico Plan de Tratamiento	1	No se cubre por reembolso	No se cubre por reembolso
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1	\$176	\$120
	Aplicación tópica de flúor (Únicamente para menores de 14 años)	1	No aplica	\$112
	Radiografías	4	\$32 c/u	\$32 c/u
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	\$240 c/u	\$240 c/u
	Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior, aún cuando no exista comunicación entre si)		\$252 c/u	\$252 c/u
	Extracción Simple	2	\$320 c/u	\$200 c/u
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)	1	\$400	No aplica

Notas: Menores de 14 años (De 0 años a 1 día antes de cumplir 14 años).
Mayores de 13 años (De 14 años cumplidos o mayores).

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 desgastes 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 asegurada 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 de Seguro 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 5.5 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 5.15.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 de Seguro 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 Artículo 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.

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 medica 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 de Seguro.
- 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 de Seguro 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, Radiografías y Procedimientos realizados, menos el monto equivalente al Deducible y Copago para esta cobertura, especificados en la carátula de la póliza.

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 _____

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos-----, o visite www.-----; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.”

ANEXO 3

COBERTURAS SOLICITADAS

SOLICITUD DEL SEGURO BASICO ESTANDAR
DENTAL INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

Solicitamos de "nombre de la Institución" la celebración de un contrato de salud dental 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 en caso 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 (sólo pólizas familiares)**

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Sexo		Ocupación	Lugar de residencia	
					D	M	A	F	M		Estado	Código Postal
Titular 1												
Dependiente 2												
Dependiente 3												
Dependiente 4												
Dependiente 5												

"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 _____."

DEDUCIBLE: Una vez por año póliza, más el copago por cada tratamiento realizado.				
Módulo	Paciente Adulto	Número de Servicios al año Póliza	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Mayores de 13 años)	Suma Asegurada Máxima por Servicio (Menores de 14 años)
Preventivo	Consulta oral detallada y extensiva Diagnóstico Plan de Tratamiento	1	No se cubre por reembolso	No se cubre por reembolso
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1	\$176	\$120
	Aplicación tópica de flúor (Únicamente para menores de 14 años)	1	No aplica	\$112
	Radiografías	4	\$32 c/u	\$32 c/u
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior) o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	\$240 c/u	\$240 c/u
	Resina simple (una superficie de diente anterior) o compuesta (más de una superficie de diente anterior, aún cuando no exista comunicación entre si)		\$252 c/u	\$252 c/u
	Extracción Simple	2	\$320 c/u	\$200 c/u
	Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)	1	\$400	No aplica

Notas: Menores de 14 años (De 0 años a 1 día antes de cumplir 14 años).
Mayores de 13 años (De 14 años cumplidos o mayores).

DE INTERES 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 los conozca o deba 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 "nombre de la Institución" en cualquier momento todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad por la revelación de dicha información.

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

Clave, nombre y firma del agente

Firma del Contratante (en su caso)

Firma del Titular

Lugar y fecha: _____

"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(los) registro(s) número _____ de fecha _____".

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, misma que sustituye y deja sin efecto a la Circular S-8.9 de fecha 19 de diciembre de 2008 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 del mismo mes y año.

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 30 de diciembre de 2008, fecha de entrada en vigor de la Circular S-8.9 que se sustituye.

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 6 de abril de 2009.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, **Manuel S. Aguilera Verduzco**.- Rúbrica.

ANEXO 1

**SEGURO BASICO ESTANDARIZADO DE LA
COBERTURA DE AUTOMOVILES**

Tipo de seguro	Seguro de Automóviles
Plan	Seguro para Automóviles Particulares (sin incluir motocicletas, transporte público, taxis, ni vehículos de carga)
Cobertura	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)
Moneda	Nacional
Suma Asegurada	\$250,000.00 pesos
	La suma asegurada opera tanto para bienes como para personas como un solo límite
Vigencia	Anual
Formas de Pago	Anual, Semestral, Trimestral y Mensual
Periodo de Gracia para Pago de Prima Unica	30 días
Tarifa por aseguradora	Se definirá una tarifa por entidad federativa
Conductos de Venta	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. 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
8. CLAUSULA 8a. REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA
9. CLAUSULA 9a. REHABILITACION
10. CLAUSULA 10a. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO
11. CLAUSULA 11a. PERITAJE
12. CLAUSULA 12a. PERDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO
13. CLAUSULA 13a. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO
14. CLAUSULA 14a. PRESCRIPCION
15. CLAUSULA 15a. COMPETENCIA
16. CLAUSULA 16a. MONEDA
17. CLAUSULA 17a. ACEPTACION DEL CONTRATO (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)
18. CLAUSULA 18a. REVELACION DE COMISIONES

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 Institución en esta cobertura, se establece en la carátula de esta Póliza, y opera como Límite Unico 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 Institución, 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 Institución 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. 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 Institución las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

2. Pago Fraccionado:

El Asegurado y La Institución 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 Institución.

5. Periodo de Gracia:

Plazo que La Institución 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.

8. CLAUSULA 8a. 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 Institución 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.

9. CLAUSULA 9a. 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 Institución 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 Institución.

El Contrato de Seguro se considerará nuevamente en vigor por el periodo originalmente contratado a partir de la fecha inicial del último recibo pagado.

10. CLAUSULA 10a. 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 Institución, debiendo atenerse a las que ella le indique, los gastos hechos por el Asegurado, por causa justificada, se reembolsarán por La Institución y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos.

b) Aviso de Siniestro

Dar aviso a La Institución 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 Institución 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 Institución 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 Institución, 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 Institución 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 Institución, 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 Institución 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 Institución 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.**11. CLAUSULA 11a. PERITAJE**

Al existir desacuerdo entre el Asegurado o Beneficiario y La Institución 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 Institución 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 Institución, simplemente determinará el monto de la pérdida que eventualmente estará obligada La Institución a resarcir, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

12. CLAUSULA 12a. PERDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO

Las obligaciones de La Institución 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 Institución 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 Institución 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.

13. CLAUSULA 13a. 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 Institución 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%

Quando La Institución 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 Institución deberá devolver la totalidad de la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

14. CLAUSULA 14a. 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.

15. CLAUSULA 15a. 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.

16. CLAUSULA 16a. 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.

17. CLAUSULA 17a. 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.

18. CLAUSULA 18a. 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 de Seguro. 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, 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 _____.

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Institución a los teléfonos-----, o visite www.-----; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 54487000 en el D.F. y el interior de la república al 01 800 999 80 80 o visite la página www.condusef.gob.mx.”

Nombre de la compañía (nombre o razón social)

ANEXO 3

Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Responsabilidad Civil Automóviles

Logo de la Compañía Aseguradora

Número de Solicitud _____
 Nombre del agente _____
 Clave del agente _____
 Renovación: Sí 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 Correo(s) electrónico(s)

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 Unico 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, está 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 el Contrato de Seguro. El solicitante deberá firmar la solicitud para proceder a 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.

Lugar y fecha.

 Firma de Solicitante

 Firma del Agente

"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 _____."

Datos de la compañía (domicilio completo)
 Teléfono(s) de la compañía (matriz y/o sucursal)
 Teléfono(s) atención de siniestros
