

QUINTA SECCION

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

CIRCULAR Unica de Seguros.

(Viene de la Cuarta Sección)

ANEXO 1.10.9

SE DA A CONOCER LA DESIGNACION O RENOVACION COMO CENTRO DE APLICACION DE EXAMENES.

De conformidad con lo establecido en la Disposición 1.10.9., con relación a las Disposiciones 1.10.6. y la 1.10.7. del Capítulo 1.10 de la presente Circular, así como con lo dispuesto en el segundo párrafo de la fracción V del artículo 10 del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas, esta Comisión hace de su conocimiento que por oficio número 06-367-II-1.2/00663 de fecha 25 de enero de 2010, se renovó la designación como Centro de Aplicación de Exámenes, de la sociedad cuya denominación y domicilio social se consignan a continuación:

CENTRO DE EVALUACION PARA INTERMEDIARIOS, S.C.

Miguel Angel de Quevedo No. 8 - 102

Col. Chimalistac

C.P. 01050, México, D.F.

ANEXO 2.2.5

FORMA FCS

FORMA PARA LA CERTIFICACION DE EMPLEADO O APODERADO DE LAS PERSONAS MORALES A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 41, FRACCION II, DE LA LGISMS

Modelo de Formato

	DATOS DE REFERENCIA	Caracteres	Obligatoriedad	Tipo
1	Nombre de la institución de seguros	120	Obligatorio	Alfanumérico
2	Clave de la institución de seguros	4	Obligatorio	Numérico
3	Tipo de institución: S = Seguros H = Salud	1	Obligatorio	Alfanumérico
4	Nombre del Prestador de Servicios	120	Obligatorio	Alfanumérico
5	Correo electrónico para enviar información a la institución	50	Obligatorio	Alfanumérico
6	Correo electrónico para enviar información al Prestador del Servicio	50		
7	RFC del empleado o apoderado	13	Obligatorio	Alfanumérico
8	Nombre(s) del empleado o apoderado	60	Obligatorio	Alfanumérico
9	Apellido paterno del empleado o apoderado	60	Obligatorio	Alfanumérico
10	Apellido materno del empleado o apoderado	60		Alfanumérico

11	CURP del empleado o apoderado	18		
12	Nacionalidad del empleado o apoderado (1= Mexicana, 2= Extranjero)	1	Obligatorio	Numérico
	Domicilio del empleado o apoderado			
13	Calle	60	Obligatorio	Alfanumérico
14	Número exterior	10	Obligatorio	Alfanumérico
15	Número interior	30		Alfanumérico
16	Colonia	30	Obligatorio	Alfanumérico
17	Código Postal	5	Obligatorio	Numérico
18	Ciudad o Población	30	Obligatorio	Alfanumérico
19	Teléfono del empleado o apoderado	40	Obligatorio	Numérico
20	Oficina	40	Obligatorio	Numérico
21	fax	40		Numérico
22	Correo electrónico del empleado o apoderado	50		Alfanumérico
23	Examen por tipo de riesgo: R1= Riesgos Individuales de Seguros de Vida, de Accidentes y Enfermedades, y de Daños R2= Riesgos Individuales de Seguros de Vida y de Accidentes y Enfermedades R3= Riesgos Individuales de Seguros de Daños y de Accidentes y Enfermedades R4= Riesgos Individuales de Seguros de Vida y de Daños R5= Riesgos Individuales de Seguros de Vida R6= Riesgos Individuales de Seguros de Accidentes y Enfermedades R7= Riesgos Individuales de Seguros de Daños R8= Riesgos Individuales de Seguros de Automóviles	2	Obligatorio	Alfanumérico
24	Oficina ante la que desea realizar el trámite Oficinas Centrales = C Delegaciones Regionales Monterrey = M Guadalajara = G	1	Obligatorio	Alfanumérico

	<p>Hermosillo = H</p> <p>Veracruz = V</p> <p>Mérida = Y</p>			
25	<p>Lugar de presentación del examen:</p> <p>01 = Comisión Nacional de Seguros y Fianzas</p> <p>02 = Centros de Aplicación de Exámenes</p>	2	Obligatorio	Alfanumérico
26	<p>Número de Registro De Modelo De Contrato.</p> <p>Cuando el modelo de contrato haya sido registrado mediante el sistema de registro de modelos de contratos, se deberá indicar este dato, tomando el siguiente formato y divididos por un guión como se muestra a continuación:</p> <p>RCPS-X9999-9999-aaaa</p> <p>El número de registro se deberá validar en el registro de modelos de contratos, asimismo, con la finalidad de no solicitar el nombre del modelo, éste se tomará del sistema referido.</p> <p>Campo OBLIGATORIO en el caso de que haya sido registrado por sistema.</p>	20	Obligatorio	Alfanumérico
27	<p>Número de Oficio y Fecha por el cual se registró el Modelo de Contrato.</p> <p>En caso de que el modelo haya sido registrado con anterioridad a la entrada del sistema de registro de modelos de contratos, se deberá indicar el número de oficio y la fecha del mismo, debiendo en su caso, validarse los siguientes campos:</p> <p>06-367-II-1.9/9999</p> <p>Los oficios anteriores no se podrán validar en su totalidad, por lo que los primeros 12 caracteres incluidos guiones y punto serán los mismos y los siguientes caracteres numéricos únicamente son los que podrán ser diferentes (en negritas).</p> <p>El formato de la fecha es: AAAAMMDD donde AAAA = año, MM = Mes y DD = Día.</p> <p>Campos OBLIGATORIOS en el caso de</p>	18 y 8	Obligatorio	Numérico

que no haya número de registro otorgado por el sistema de registro de modelos de contratos.			
---	--	--	--

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

Las siguientes indicaciones son criterios generales que las Instituciones deben considerar para construir el archivo de texto.

1. Nombre del archivo:

1. Deberá ser un archivo de texto.
2. El nombre del archivo se integra como sigue:

Tipo de compañía + Clave de Compañía + FCS + Día + Mes + Año.txt

Tipo de Compañía = S, H, donde:

Tipo de Compañía Valido	Descripción
S	Seguros
H	Salud

Clave de la compañía = Clave asignada por la CNSF a cada tipo de compañía, dicha clave deberá antecederse con ceros hasta completar 4 posiciones.

Día = Día que se reporta y está conformado por dos posiciones.

Mes = Mes que se reporta. Es el número del mes que corresponda conformado por dos posiciones

Año = Ultimos 2 dígitos del año que se reporta.

2. Formato de Contenido:

- En cada renglón, los datos se deben separar con un pipe |
- Cada renglón debe contener todos los datos que se detallan en el documento correspondiente (FCS) y respetar el orden que en el se indica.
- El formato de la fecha es DD/MM/AAAA.
- Al finalizar cada renglón debe tecleas un separador de carro (enter).

3. Caracteres permitidos:

#	0	A	O
(1	B	P
)	2	C	Q
Espacio	3	D	R
(apostrofe)	4	E	S
-	5	F	T
.	6	G	U
&	7	H	V
,	8	I	W
_	9	J	X

;	K	Y
/	L	Z
@	M	Ñ
“	N	Ü

ANEXO 2.2.9

 COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS	DIRECCION DE INTERMEDIARIOS, REGISTROS Y ENLACE REGIONAL	

FORMA PERSONAL PARA OBTENER LA CERTIFICACION DE EMPLEADO O APODERADO DE LAS PERSONAS MORALES A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 41, FRACCION II, DE LA LGISMS.

CLASIFICACION							
RISVAD	RISVA	RISDA	RISVD	RISV	RISA	RISD	RISAUT

FOTO

CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 41, FRACCION II, DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS Y EN EL CAPÍTULO 2.1 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS, SOLICITO A ESTE ORGANO DESCONCENTRADO, SE OTORQUE LA CERTIFICACION COMO PARA REALIZAR CON EL PUBLICO LAS OPERACIONES DE PROMOCION O VENTA DE PRODUCTOS DE SEGUROS.

FPCS

NOMBRE DE LA PERSONA MORAL (PRESTADOR DE SERVICIOS)			
DOMICILIO			
CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
COLONIA O FRACCIONAMIENTO	DELEGACION O MUNICIPIO	ESTADO	C.P.
TELEFONO OFICINA		FAX	
NOMBRE DEL EMPLEADO O APODERADO			
DOMICILIO			
CALLE		NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
COLONIA O FRACCIONAMIENTO	DELEGACION O MUNICIPIO	ESTADO	C.P.
TELEFONO PARTICULAR	FAX	TELEFONO OFICINA	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
R.F.C.	ESCOLARIDAD	CORREO ELECTRONICO	

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISION					
PROCEDE CERT.		NUMERO DE EMPLEADO O APODERADO	FECHA DE EXAMEN	NO. DE OFICIO DE CERT.	FECHA DE OFICIO DE CERT.
SI	NO				
TIPO DE CLASIFICACION DE CERTIFICACION		OBSERVACIONES	BASE DE AUTORIZACION	ANALISTA	

REQUISITOS QUE DEBERA CUMPLIMENTAR

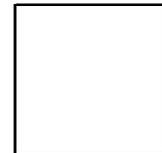
1.- UNA FOTOGRAFIA TAMAÑO INFANTIL RECIENTE.	<input type="checkbox"/>
2.- COPIA FOTOSTATICA DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE.	<input type="checkbox"/>
3.- COPIA FOTOSTATICA DE LA CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL, O EN SU DEFECTO, DEL ALTA ANTE LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO, DEL FORMATO DE AVISO DE MODIFICACION DE SALARIOS DEL TRABAJADOR EMITIDO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DE LA CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP) O DEL COMPROBANTE DE APORTACION AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO.	<input type="checkbox"/>
4.- COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO, QUE PODRA SER BOLETA DE PAGO PREDIAL, RECIBO DE PAGO DE RENTA, AGUA, TELEFONO, LUZ, GAS O ESTADOS DE CUENTA EMITIDO POR INSTITUCION BANCARIA O FINANCIERA.	<input type="checkbox"/>
5.- TRATANDOSE DE PROSPECTOS DE AGENTE DE ORIGEN EXTRANJERO, ADICIONAL A LA DOCUMENTACION ANTERIORMENTE SEÑALADA, DEBERAN PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA DE LA F.M. 2 O CARTA DE NATURALIZACION.	<input type="checkbox"/>
6.- COPIA FOTOSTATICA DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE LA PERSONA MORAL Y EL EMPLEADO O APODERADO	<input type="checkbox"/>

ESTA FORMA DEBERA FIRMARSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA MORAL PARA LA CUAL PRESTA SUS SERVICIOS, (PRESTADOR DE SERVICIOS).

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FINALMENTE, MANIFIESTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE FORMA SOLICITUD, SON VERDADEROS.

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO O APODERADO



HUELLA DIGITAL

_____ A _____ DE _____ DE _____

ANEXO 2.3.2-a**FORMATO DE ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE LOS OPERADORES DEL REGISTRO DE
MODELOS DE TEXTOS DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, PREVIAMENTE
A SU UTILIZACION POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS**

(Esta carta debe contener la denominación de la Institución de Seguros de que se trate)

**Comisión Nacional de Seguros y Fianzas:
Presente**

El que suscribe, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

1. Reconozco como propia la clave de usuario _____, así como la contraseña de lectura _____, destinadas al registro de Modelos de Textos de Contratos de Prestación de Servicios, previamente a su utilización por parte de las Instituciones de Seguros, conforme a la Disposición 2.3.2, fracción II, primer párrafo del Capítulo 2.3 de la Circular Unica de Seguros, a través de la Página Web de la Comisión (www.cnsf.gob.mx).
2. Acepto que la utilización de mi clave de usuario y contraseña señaladas en el punto anterior para el registro de los citados modelos, quedará bajo mi responsabilidad, en el entendido de que ambas tienen el carácter de personales e intransferibles, incluso en el supuesto de que deje de prestar mis servicios a (denominación de la Institución de Seguros), ocurra la pérdida de mi clave de usuario o contraseña, o cualquier otra situación que pudiera implicar su reproducción o uso indebido, en tanto no sean inhabilitadas.
3. Que es mi responsabilidad desempeñar las funciones relativas al proceso de Registro de Modelos de Textos de Contratos de Prestación de Servicios, previamente a su utilización por parte de las Instituciones de Seguros, estando comprendidas las siguientes:
 - a) Proporcionar la información requerida por las pantallas de captura de la Página Web de la Comisión, incluyendo los archivos de los documentos correspondientes a cada modelo en formato PDF, en la forma y términos previstos en el Capítulo 2.3. de la Circular Unica de Seguros.
 - b) Solicitar las llaves públicas de los funcionarios de esa Comisión, facultados para firmar electrónicamente los documentos correspondientes a los referidos modelos.
 - c) Extraer los acuses de recibo de los documentos en formato PDF relativos a los modelos de textos registrados, conforme lo establece el Capítulo 2.3. de la Circular Unica de Seguros.
4. Asumo la responsabilidad del no registro del modelo de texto de que se trate, como consecuencia de la deficiente captura de la información requerida en el módulo de la Página Web de la Comisión destinado para tal fin.
5. Estoy de acuerdo en que la Comisión podrá requerir el reenvío de la información relativa al registro de un modelo de texto, cuando los archivos enviados contengan virus informáticos o no puedan visualizarse debido a problemas técnicos.

Atentamente,

*Nombre, cargo y firma del operador responsable
del registro de modelos de texto de contratos*

RFC: _____

Teléfono y dirección de correo electrónico.

Lugar y fecha

ANEXO 2.3.2-b
FORMATO DE DESIGNACION DE OPERADORES RESPONSABLES DE EFECTUAR
EL REGISTRO DE MODELOS DE TEXTOS DE CONTRATOS
DE PRESTACION DE SERVICIOS

Lugar y fecha

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Presente

AT'N: Director General de Informática

De conformidad con la Disposición 2.3.2., fracción II, penúltimo y último párrafos, del Capítulo 2.3. de la Circular Unica de Seguros emitida por esa Comisión, en mi carácter de (*Director General o equivalente*) de (*Nombre de la Institución de Seguros*), me permito solicitar que esa Comisión se sirva efectuar los movimientos que se describen a continuación, relativos a la designación como operadores responsables de efectuar el registro de Modelos de Textos de Contratos de Prestación de Servicios, previamente a su utilización en nombre y representación de esta Institución de Seguros.

Movimiento (Alta, Baja)	Tipo (S,H)	Nombre del operador	RFC

Para cada uno de ellos se adjunta el formato incluido en el Anexo 2.3.2-a del Capítulo 2.3., de la Circular Unica de Seguros en sobre cerrado, los cuales cumplen con los requisitos requeridos.

Atentamente,

Nombre

Puesto.

Nombre de la Institución de Seguros

ANEXO 3.2.1-a
CATALOGO DE CUENTAS PARA LOS INTERMEDIARIOS DE REASEGURO
ACTIVO

GRUPO: CIRCULANTE

1101 INVERSIONES

01 FONDOS PROPIOS

01 En Valores

02 En Depósitos

03 Otros

02 FONDOS NO PROPIOS

01 En Valores

02 En Depósitos

03 Otros

Registrará las inversiones efectuadas en valores; en la subcuenta 01 se registrarán las inversiones de recursos propios y en la subcuenta 02 las inversiones de recursos no propios.

1103 CAJA

Registrará únicamente efectivo y documentos de cobro inmediato.

1105 BANCOS

01 FONDOS PROPIOS

01 Del País

02 Del Extranjero

02 FONDOS NO PROPIOS

01 Del País

02 Del Extranjero

Registrará los movimientos de cuentas de cheques. En la subcuenta 01 se registrarán los movimientos de recursos propios y en la subcuenta 02 los movimientos de recursos no propios.

1107 DOCUMENTOS POR COBRAR

Registrará los documentos por cobrar a favor de la sociedad.

1109 DEUDORES DIVERSOS

Registrará los adeudos a favor de la institución. Cuando por cualquier circunstancia un saldo se volviese de naturaleza acreedora deberá agruparse para efectos del balance en el pasivo dentro de la cuenta 2101.- Acreedores diversos.

1111 IVA PAGADO POR ACREDITAR

Registrará el Impuesto al Valor Agregado que se traslade a la Compañía.

1113 IMPUESTOS PAGADOS POR ANTICIPADO

01 Impuesto Sobre la Renta

02 Impuesto al Activo

03 Otros

Registrará el importe de los pagos provisionales correspondientes al Impuesto Sobre la Renta u otros impuestos.

1115	PAGO POR CUENTA DE INSTITUCIONES
01	Cedentes
02	Reaseguradores
	Registrará todos los pagos efectuados con recursos propios de la sociedad para cubrir el vencimiento de una operación, a compañías cedentes en la subcuenta 01 y a reaseguradores en la subcuenta 02.
1117	COMPAÑIAS AFILIADAS (D)
	Registrará los importes de corretajes u otros conceptos pendientes de cobro con empresas afiliadas.
GRUPO: INVERSIONES PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO	
1151	INVERSIONES DE LAS RESERVAS PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO
	Registrará las inversiones de los recursos del fondo constituido de acuerdo con las disposiciones de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y su Reglamento.
GRUPO: OPERACIONES DE INTERMEDIACION	
1201	CORRETAJE POR COBRAR
01	Del País
02	Del Extranjero
	Registrará el importe de los corretajes pendientes de cobro.
GRUPO: FIJO	
1301	INMUEBLES
	Registrará el importe de los inmuebles adquiridos por la sociedad, determinados a valor de costo o adquisición de cada bien.
1303	INCREMENTO POR VALUACION DE INMUEBLES
	Registrará el aumento o disminución del valor de los inmuebles con relación al costo de adquisición, que se determinan conforme a los avalúos realizados.
1305	MOBILIARIO Y EQUIPO
	Registrará los bienes muebles y equipo a su valor de adquisición.
1307	EQUIPO DE TRANSPORTE
	Registrará el equipo de transporte a su valor de adquisición.
1309	EQUIPO DE COMPUTO
	Registrará el equipo de cómputo a su valor de adquisición.
GRUPO: DIFERIDOS	
1401	DEPOSITOS EN GARANTIA
	Registrará el importe de los depósitos por servicios y otros conceptos conforme a los contratos celebrados.
1403	GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO
	Registrará el importe de las erogaciones por concepto de rentas, seguros y otros pagos anticipados.
1405	GASTOS DE INSTALACION
	Registrará el importe de las erogaciones por instalaciones, adaptaciones y mejoras permanentes . en activos fijos tangibles propiedades de terceros.
1407	CREDITO MERCANTIL
	Registrará el importe del exceso del costo de las acciones sobre el valor en libros.

GRUPO: REEXPRESION

- 1501 ACTUALIZACION DE INMUEBLES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 1301.-INMUEBLES.
- 1503 ACTUALIZACION DEL INCREMENTO POR VALUACION DE INMUEBLES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 1303.-INCREMENTO POR VALUACION DE INMUEBLES.
- 1505 ACTUALIZACION DEL MOBILIARIO Y EQUIPO
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 1305.-MOBILIARIO Y EQUIPO.
- 1507 ACTUALIZACION DEL EQUIPO DE TRANSPORTE
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 1307.-EQUIPO DE TRANSPORTE.
- 1509 ACTUALIZACION DEL EQUIPO DE COMPUTO
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 1309.-EQUIPO DE COMPUTO.
- 1511 ACTUALIZACION DE LOS GASTOS DE INSTALACION
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 1405.-GASTOS DE INSTALACION.

PASIVO**GRUPO: A CORTO PLAZO**

- 2101 ACREEDORES DIVERSOS
Registrará los importes de los adeudos a cargo de la sociedad. En el Balance, esta cuenta únicamente mostrará saldos acreedores.
- 2102 SALDOS REASEGURADORES POR PAGAR
- 01 Cedentes
 - 02 Reaseguradores
- Registrará el importe de los movimientos originados por los conceptos de primas, comisiones, siniestros y otros importes. En la subcuenta 01.- de las instituciones cedentes, y en la subcuenta 02.- de los reaseguradores. En el Balance, esta cuenta únicamente mostrará saldos acreedores.
- 2103 DOCUMENTOS POR PAGAR
Registrará los documentos aceptados y pendientes de pago por la sociedad.
- 2105 IMPUESTOS POR PAGAR
Registrará el importe del impuesto que se traslade por el cobro de los servicios de intermediación y otras operaciones gravadas.
- 2107 PROVISIONES PARA OBLIGACIONES DIVERSAS
Registrará las provisiones derivadas de obligaciones contractuales, legales y otras propias de la sociedad.
- 2109 COMPAÑIAS AFILIADAS (A)
Registrará los importes de corretajes u otros conceptos pendientes de pago con empresas afiliadas.

GRUPO: OTROS PASIVOS

- 2201 PROVISION PARA EL PAGO DE IMPUESTOS
- 01 Impuesto Sobre la Renta
 - 02 Impuesto al Activo
 - 03 Otros
- Registrará la provisión que anualmente deben calcular las sociedades de acuerdo con los resultados del ejercicio.

- 2203 PROVISION PARA LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL
Registrará antes del cierre del balance el importe de la provisión a que tenga derecho el personal en las utilidades de la sociedad.
- 2205 PROVISIONES PARA OBLIGACIONES LABORALES
- 01 Gratificaciones al Personal
 - 02 Aguinaldo
 - 03 Cuotas al IMSS
 - 04 Cuotas Cesantía y Vejez
 - 05 Cuotas al INFONAVIT
 - 06 Impuesto del 2% sobre Nóminas
 - 07 Otros
- Registrará las provisiones que por estos conceptos deben calcular las sociedades.
- 2207 I.V.A. POR PAGAR
Registrará el importe del impuesto que se traslade por el cobro de los servicios.

GRUPO: RESERVAS PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO

- 2301 RESERVAS PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO
Registrará la creación e incrementos de las provisiones complementarias para pensiones o jubilaciones del personal, conforme a lo previsto en la Ley del Seguro Social y Primas de Antigüedad, de acuerdo a lo establecido en la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

COMPLEMENTARIAS DE ACTIVO

GRUPO: COMPLEMENTARIAS DE ACTIVO

GRUPO: ESTIMACIONES Y DEPRECIACIONES

- 3101 ESTIMACION PARA CUENTAS INCOBRABLES
Registrará el importe de los castigos efectuados a los saldos provenientes de cedentes o reaseguradores por el servicio de intermediación en reaseguro o reafianzamiento que no hayan sido cobrados y otros.
- 3103 DEPRECIACION ACUMULADA DE INMUEBLES
Registrará el importe de la depreciación acumulada sobre el valor destructible de los inmuebles.
- 3105 DEPRECIACION ACUMULADA DE MOBILIARIO Y EQUIPO
Registrará el importe de la depreciación acumulada sobre el valor de costo de adquisición del mobiliario y equipo, debiéndose llevar en forma específica.
- 3107 DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE TRANSPORTE
Registrará el importe de la depreciación acumulada sobre el valor de costo de adquisición del equipo de transporte, debiéndose llevar en forma específica.
- 3109 DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE COMPUTO
Registrará el importe de la depreciación acumulada sobre el valor de costo de adquisición del equipo de cómputo, debiéndose llevar en forma específica.
- 3111 AMORTIZACION ACUMULADA DE GASTOS DE INSTALACION
Registrará el importe de la amortización acumulada de los gastos de instalación.

GRUPO: REEXPRESION

- 3201 ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE INMUEBLES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 3103.-DEPRECIACION ACUMULADA DE INMUEBLES.
- 3203 ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE MOBILIARIO Y EQUIPO
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 3105.-DEPRECIACION ACUMULADA DE MOBILIARIO Y EQUIPO.
- 3205 ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE TRANSPORTE
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 3107.-DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE TRANSPORTE.
- 3207 ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE COMPUTO
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 3109.-DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE COMPUTO.
- 3209 ACTUALIZACION DE LA AMORTIZACION ACUMULADA DE GASTOS DE INSTALACION
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 3111.-AMORTIZACION ACUMULADA DE GASTOS DE INSTALACION.

CAPITAL**GRUPO: CAPITAL PAGADO**

- 4101 CAPITAL SOCIAL
01 FIJO
02 VARIABLE
Registrará el capital pagado de la sociedad de acuerdo con la normatividad vigente.

GRUPO: RESERVAS DE CAPITAL

- 4201 RESERVA LEGAL
Registrará parte de la utilidad del ejercicio que se destine a este rubro.
- 4202 APORTACIONES PARA FUTUROS AUMENTOS DE CAPITAL
Registrará los importes de las aportaciones para futuros aumentos de capital.

GRUPO: RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES

- 4301 RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES
Registrará el importe de las utilidades o pérdidas pendientes de aplicación.

GRUPO: RESULTADOS DEL EJERCICIO

- 4303 RESULTADO DEL EJERCICIO
Registrará el importe de las utilidades o pérdidas que se produzcan al fin de cada ejercicio.

GRUPO: SUPERAVIT

- 4401 SUPERAVIT POR VALUACION DE INMUEBLES
Registrará el superávit del valor de los inmuebles, determinado como la diferencia entre el costo de adquisición y construcción, y los avalúos que se practiquen.

GRUPO: REEXPRESION

- 4501 ACTUALIZACION DEL CAPITAL SOCIAL
01 FIJO
02 VARIABLE
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 4101.-CAPITAL SOCIAL.
- 4503 ACTUALIZACION DE LA RESERVA LEGAL
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 4201.-RESERVA LEGAL.

- 4505 ACTUALIZACION DE LAS APORTACIONES PARA FUTUROS AUMENTOS DE CAPITAL
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 4202.-APORTACIONES PARA FUTUROS AUMENTOS DE CAPITAL.
- 4507 ACTUALIZACION DE LOS RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 4301.-RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES.
- 4509 ACTUALIZACION DEL RESULTADO DEL EJERCICIO
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 4303.-RESULTADO DEL EJERCICIO.
- 4511 ACTUALIZACION DEL SUPERAVIT POR VALUACION DE INMUEBLES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 4401.-SUPERAVIT POR VALUACION DE INMUEBLES.

GRUPO: EXCESO O INSUFICIENCIA EN LA ACTUALIZACION DEL CAPITAL CONTABLE

- 4601 CORRECCION POR REEXPRESION
En esta cuenta se registrarán los ajustes que se requieran para actualizar el poder de compra en el periodo. Se obtiene restándole a la cifra reexpresada la cifra base.
- 4603 RESULTADO POR TENENCIA DE ACTIVOS NO MONETARIOS
Registrará el incremento (decremento) entre el valor actualizado de los activos por encima o por debajo de los valores equivalentes que deben tener por la inflación.
- 4605 EFECTO MONETARIO ACUMULADO
Registrará el resultado que provoca la inflación en las cifras del periodo.

ESTADO DE RESULTADOS**CUENTAS DE RESULTADOS DEUDORAS****GRUPO: HISTORICAS**

- 5101 GASTOS GENERALES
Registrará los importes de las erogaciones directas de la operación.
- 5103 DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES
Registrará las depreciaciones y amortizaciones de sus inmuebles, mobiliario y equipo.
- 5105 GASTOS FINANCIEROS
Registrará los gastos realizados por operaciones financieras realizadas.
- 5107 OTROS GASTOS
Registrarán los importes por erogaciones diversas de la operación.
- 5109 IMPUESTO SOBRE LA RENTA
Registrará el impuesto que determine la sociedad al final del ejercicio.
- 5110 IMPUESTO AL ACTIVO
Registrará el impuesto que determine la sociedad al final del ejercicio.
- 5111 PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL
Registrará las utilidades que la sociedad determine al final del ejercicio.
- 5113 PERDIDA NO REALIZADA
Registrará la pérdida obtenida por la tenencia de monedas extranjeras, pero que no haya sido realizada al cierre del periodo en curso.
- 5115 PERDIDA REALIZADA
Registrará la pérdida por revaluación de moneda extranjera ya realizada al término del periodo en curso.

- 5117 PERDIDA POR REVALUACION
Registrará los efectos de la revaluación de moneda extranjera al término del periodo en curso.
- 5119 RESULTADO POR POSICION MONETARIA
Registrará el resultado que va provocando la inflación en las cifras del periodo.

GRUPO: REEXPRESION

- 5201 ACTUALIZACION DE LOS GASTOS GENERALES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5101.-GASTOS GENERALES.
- 5203 ACTUALIZACION DE LAS DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5103.-DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES.
- 5205 ACTUALIZACION DE LOS GASTOS FINANCIEROS
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5105.-GASTOS FINANCIEROS.
- 5207 ACTUALIZACION DE OTROS GASTOS
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5107.-OTROS GASTOS.
- 5209 ACTUALIZACION DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5109.-IMPUESTO SOBRE LA RENTA.
- 5210 ACTUALIZACION DEL IMPUESTO AL ACTIVO
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5111.-IMPUESTO AL ACTIVO.
- 5211 ACTUALIZACION DE LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5111.-PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL.
- 5213 ACTUALIZACION DE LA PERDIDA NO REALIZADA
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5113.-PERDIDA NO REALIZADA.
- 5215 ACTUALIZACION DE LA PERDIDA REALIZADA
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5115.-PERDIDA REALIZADA.
- 5217 ACTUALIZACION DE LA PERDIDA POR REVALUACION
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 5117.-PERDIDA POR REVALUACION.

CUENTAS DE RESULTADOS ACREEDORAS**GRUPO: HISTORICAS**

- 6101 INGRESOS POR CORRETAJE
Registrará los importes por concepto de corretaje a favor del intermediario.
- 6103 PRODUCTOS FINANCIEROS
Registrará los ingresos obtenidos por concepto de inversiones.
- 6105 OTROS INGRESOS
Registrará otros ingresos provenientes de su operación.
- 6107 UTILIDAD (PERDIDA) CAMBIARIA
Registrará la utilidad o pérdida en cambios derivada de operaciones, tenencia de activos y pasivos en moneda extranjera.

- 6109 GANANCIA NO REALIZADA
Registrará la ganancia obtenida por la tenencia de moneda extranjera, pero que no haya sido realizada al cierre del periodo en curso.
- 6111 GANANCIA REALIZADA
Registrará la ganancia por revaluación de monedas extranjeras realizada al término del periodo en curso.
- 6113 GANANCIA POR REVALUACION
Registrará los efectos de la revaluación de moneda extranjera al término del periodo en curso.
- 6199 PERDIDAS Y GANANCIAS
Registrará la utilidad o pérdida mensual. Con el propósito de reconocer el resultado en cada periodo se deberá cancelar el saldo inicial de esta cuenta al final del mismo, y al mismo tiempo, en su caso, registrará el resultado nuevamente determinado. Al cierre del ejercicio registrará los saldos finales de las cuentas de resultados.

GRUPO: REEXPRESION

- 6201 ACTUALIZACION DE LOS INGRESOS POR CORRETAJE
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6101.-INGRESOS POR CORRETAJE.
- 6203 ACTUALIZACION DE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6103.-PRODUCTOS FINANCIEROS.
- 6205 ACTUALIZACION DE OTROS INGRESOS
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6105.-OTROS INGRESOS.
- 6207 ACTUALIZACION DE LA UTILIDAD (PERDIDA) CAMBIARIA
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6107.-UTILIDAD (PERDIDA). CAMBIARIA.
- 6209 ACTUALIZACION DE LA GANANCIA NO REALIZADA
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6109.-GANANCIA NO REALIZADA.
- 6211 ACTUALIZACION DE LA GANANCIA REALIZADA
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6111.-GANANCIA REALIZADA.
- 6213 ACTUALIZACION DE LA GANANCIA POR REVALUACION
Registrará los importes de la actualización de la cuenta 6113.-GANANCIA POR REVALUACION.

CUENTAS DE ORDEN

- 7001 APORTACIONES AL FONDO DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES
- 8001 FONDO DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES
Registrará los importes de los depósitos efectuados al fondo de ahorro de los trabajadores y su rendimiento, de conformidad con las condiciones contractuales celebradas con los trabajadores.
- 7003 CUENTAS DE REGISTRO FISCAL DEUDORAS
- 8003 CUENTAS DE REGISTRO FISCAL ACREEDORAS
Registrará los importes de los conceptos que para efectos fiscales necesite la sociedad, de conformidad con las disposiciones fiscales aplicables.

ANEXO 3.2.1-b
REGLAS DE AGRUPACION DEL CATALOGO DE CUENTAS PARA LOS
INTERMEDIARIOS DE REASEGURO
BALANCE GENERAL
INTERMEDIARIOS DE REASEGURO

AGRUPACIONES				CUENTAS
1	2	3		
100			ACTIVO	
	110		CIRCULANTE	
		111	INVERSIONES	
			INVERSIONES	1101
		112	CAJA	
			CAJA	1103
		113	BANCOS	
			BANCOS	1105
		114	DOCUMENTOS POR COBRAR	
			DOCUMENTOS POR COBRAR	1107
			ESTIMACION PARA CUENTAS INCOBRABLES	3101
		115	DEUDORES DIVERSOS	
			DEUDORES DIVERSOS	1109
		116	IVA PAGADO	
			IVA PAGADO POR ACREDITAR	1111
			IVA POR PAGAR	2207
		117	OTROS	
			IMPUESTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	1113
	118		INVERSIONES PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO	
			INVERSIONES DE LAS RESERVAS PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO	1151
	119		OPERACIONES DE INTERMEDIACION	
		120	INSTITUCIONES DE SEGUROS	
			PAGO POR CUENTA DE INSTITUCIONES	1115
		121	CORRETAJE POR COBRAR	
			CORRETAJE POR COBRAR	1201
		122	COMPAÑIAS AFILIADAS (D)	
			COMPAÑIAS AFILIADAS (D)	1117

	123		FIJO	
		124	INMUEBLES	
			INMUEBLES	1301
			ACTUALIZACION DE INMUEBLES	1501
		125	INCREMENTO POR VALUACION DE INMUEBLES	
			INCREMENTO POR VALUACION DE INMUEBLES	1303
			ACTUALIZACION DEL INCREMENTO POR VALUACION DE INMUEBLES	1503
		126	DEPRECIACION	
			DEPRECIACION ACUMULADA DE INMUEBLES	3103
			ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE INMUEBLES	3201
		127	MOBILIARIO Y EQUIPO	
			MOBILIARIO Y EQUIPO	1305
			ACTUALIZACION DEL MOBILIARIO Y EQUIPO	1505
			DEPRECIACION ACUMULADA DE MOBILIARIO Y EQUIPO	3105
			ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE MOBILIARIO Y EQUIPO	3203
		128	EQUIPO DE TRANSPORTE	
			EQUIPO DE TRANSPORTE	1307
			ACTUALIZACION DEL EQUIPO DE TRANSPORTE	1507
			DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE TRANSPORTE	3107
			ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE TRANSPORTE	3205
		129	EQUIPO DE COMPUTO	
			EQUIPO DE COMPUTO	1309
			ACTUALIZACION DEL EQUIPO DE COMPUTO	1509
			DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE COMPUTO	3109
			ACTUALIZACION DE LA DEPRECIACION ACUMULADA DE EQUIPO DE COMPUTO	3207
	130		DIFERIDOS	
			DEPOSITOS EN GARANTIA	1401
			GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	1403
			GASTOS DE INSTALACION	1405
			ACTUALIZACION DE LOS GASTOS DE INSTALACION	1511
			AMORTIZACION ACUMULADA DE GASTOS DE INSTALACION	3111
			ACTUALIZACION DE LA AMORTIZACION ACUMULADA DE GASTOS DE INSTALACION	3209
			CREDITO MERCANTIL	1407

AGRUPACIONES				CUENTAS
1	2	3		
200			PASIVO	
	210		A CORTO PLAZO	
		211	ACREEDORES DIVERSOS	
			ACREEDORES DIVERSOS	2101
		212	DOCUMENTOS POR PAGAR	
			DOCUMENTOS POR PAGAR	2103
		213	OTROS	
			IMPUESTOS POR PAGAR	2105
			PROVISIONES PARA OBLIGACIONES DIVERSAS	2107
	214		OPERACIONES DE INTERMEDIACION	
		215	INSTITUCIONES DE SEGUROS	
			SALDOS REASEGURADORES POR PAGAR	2102
		216	COMPAÑÍAS AFILIADAS (A)	
			COMPAÑÍAS AFILIADAS (A)	2109
	217		RESERVAS PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO	
			RESERVAS PARA OBLIGACIONES LABORALES AL RETIRO	2301
	218		OTROS PASIVOS	
		219	PROVISION PARA EL PAGO DE IMPUESTOS	
			PROVISION PARA EL PAGO DE IMPUESTOS	2201
		220	PROVISION PARA LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL	
			PROVISION PARA LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL	2203
		221	OTRAS OBLIGACIONES	
			PROVISIONES PARA OBLIGACIONES LABORALES	2205

AGRUPACIONES				CUENTAS
1	2	3		
400			CAPITAL	
			CAPITAL PAGADO	
			CAPITAL SOCIAL	4101
			ACTUALIZACION DEL CAPITAL SOCIAL	4501
	411		RESERVAS DE CAPITAL	
			RESERVA LEGAL	4201
			ACTUALIZACION DE LA RESERVA LEGAL	4503
			APORTACIONES PARA FUTUROS AUMENTOS DE CAPITAL	4202
			ACTUALIZACION DE LAS APORTACIONES PARA FUTUROS AUMENTOS DE CAPITAL	4505
	412		RESULTADOS	
		413	RESULTADO DE EJERCICIOS ANTERIORES	
			RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	4301
			ACTUALIZACION DE LOS RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	4507

	414	RESULTADO DEL EJERCICIO	
		RESULTADO DEL EJERCICIO	4303
		ACTUALIZACION DEL RESULTADO DEL EJERCICIO	4509
	415	SUPERAVIT	
		SUPERAVIT POR VALUACION DE INMUEBLES	4401
		ACTUALIZACION DEL SUPERAVIT POR VALUACION DE INMUEBLES	4511
	416	EXCESO O INSUFICIENCIA EN LA ACTUALIZACION DEL CAPITAL CONTABLE	
		CORRECCION POR REEXPRESION	4601
		RESULTADO POR TENENCIA DE ACTIVOS NO MONETARIOS	4603
		EFFECTO MONETARIO ACUMULADO	4605

**ESTADO DE RESULTADOS
INTERMEDIARIOS DE REASEGURO**

AGRUPACIONES			Cuentas	
1	2	3		
600			RESULTADOS	
610			INGRESOS POR CORRETAJE	
			INGRESOS POR CORRETAJE	6101
			ACTUALIZACION DE LOS INGRESOS POR CORRETAJE	6201
620			GASTOS DE OPERACION	
			GASTOS GENERALES	5101
			ACTUALIZACION DE LOS GASTOS GENERALES	5201
			DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	5103
			ACTUALIZACION DE LAS DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	5203
630			INGRESOS NETOS POR INTERMEDIACION	(610 - 620)
640			COSTO INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO	
			PRODUCTOS FINANCIEROS	6103
			ACTUALIZACION DE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS	6203
			GASTOS FINANCIEROS	5105
			ACTUALIZACION DE LOS GASTOS FINANCIEROS	5205
			UTILIDAD (PERDIDA) CAMBIARIA	6107
			ACTUALIZACION DE LA UTILIDAD (PERDIDA) CAMBIARIA	6207
			GANANCIA NO REALIZADA	6109
			ACTUALIZACION DE LA GANANCIA NO REALIZADA	6209
			GANANCIA REALIZADA	6111
			ACTUALIZACION DE LA GANANCIA REALIZADA	6211
			GANANCIA POR REVALUACION	6113

			ACTUALIZACION DE LA GANANCIA POR REVALUACION	6213
			PERDIDA NO REALIZADA	5113
			ACTUALIZACION DE LA PERDIDA NO REALIZADA	5213
			PERDIDA REALIZADA	5115
			ACTUALIZACION DE LA PERDIDA REALIZADA	5215
			PERDIDA POR REVALUACION	5117
			ACTUALIZACION DE LA PERDIDA POR REVALUACION	5217
			RESULTADO POR POSICION MONETARIA	5119
650			OTROS GASTOS	
			OTROS INGRESOS	6105
			ACTUALIZACION DE OTROS INGRESOS	6205
			OTROS GASTOS	5107
			ACTUALIZACION DE OTROS GASTOS	5207
660			UTILIDAD ANTES DE ISR Y PTU	(630-640-650)
670			PROVISION PARA EL PAGO DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA	
			IMPUESTO SOBRE LA RENTA	5109
			ACTUALIZACION DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA	5209
			IMPUESTO AL ACTIVO	5110
			ACTUALIZACION DEL IMPUESTO AL ACTIVO	5210
680			PROVISION PARA LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL	
			PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL	5111
			ACTUALIZACION DE LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL	5211
690			UTILIDAD (PERDIDA DEL EJERCICIO)	(660-670-680)

BALANCE GENERAL

AGRUPACIONES				CUENTAS
1	2	3		
800			ORDEN	
		810	APORTACIONES AL FONDO DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES	
			APORTACIONES AL FONDO DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES	7001
		812	CUENTAS DE REGISTRO FISCAL	
			CUENTAS DE REGISTRO FISCAL DEUDORAS	7003

ANEXO 3.2.1-c

FORMATOS PARA ELABORACION DE BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS PARA LOS INTERMEDIARIOS DE REASEGURO

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS		NOMBRE DEL INTERMEDIARIO	
		BALANCE GENERAL AL _____	
100	ACTIVO	200	PASIVO
110	CIRCULANTE	210	A CORTO PLAZO
111	INVERSIONES	211	ACREEDORES DIVERSOS
112	CAJA	212	DOCUMENTOS POR PAGAR
113	BANCOS	213	OTROS
114	DOCUMENTOS POR COBRAR		
115	DEUDORES DIVERSOS	214	OPERACIONES DE INTERMEDIACION
116	IVA PAGADO	215	INSTITUCIONES DE SEGUROS
117	OTROS	216	COMPAÑIAS AFILIADAS (A)
118	INV. PARA OBLIGACIONES LAB. AL RET.	217	RESERVAS PARA OBLIG. LABORABLES AL RETIRO
119	OPERACIONES DE INTERMEDIACION	218	OTROS PASIVOS
120	INSTITUCIONES DE SEGUROS	219	PROV. PARA EL PAGO DE IMPUESTOS
121	CORRETAJE POR COBRAR	220	PROV. PARA LA PART. DE UT AL PERSONAL
122	COMPAÑIAS AFILIADAS (D)	221	OTRAS OBLIGACIONES
			SUMA DE PASIVO
123	FIJO		
124	INMUEBLES	400	CAPITAL
125	INCREMENTO POR VALUACION	410	CAPITAL PAGADO
126	DEPRECIACION		
127	MOBILIARIO Y EQUIPO (NETO)	411	RESERVAS DE CAPITAL
128	EQUIPO DE TRANSPORTE (NETO)		
129	EQUIPO DE COMPUTO (NETO)	412	RESULTADOS
.		413	RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES
130	DIFERIDOS (NETO)	414	RESULTADO DEL EJERCICIO
		415	SUPERAVIT
		416	EXCESO O INSUFICIENCIA EN LA ACT. DEL CAPITAL CONT.
			SUMA DE CAPITAL
			SUMA DE PASIVO + CAPITAL
	SUMA DE ACTIVO		
	800		ORDEN
	810	APORTACIONES AL FONDO DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES	
	812	CUENTAS DE REGISTRO FISCAL	
	CONTADOR PUBLICO		DIRECTOR GENERAL

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS		
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO		
ESTADO DE RESULTADOS		
DEL __ AL __		
CONCEPTO		
610	INGRESOS POR CORRETAJE	_____
620	(-) GASTOS DE OPERACION	_____
630	INGRESOS NETOS POR INTERMEDIACION	_____
640	COSTO INTEGRAL DE FINANCIAMIENTO	_____
650	OTROS GASTOS Y PRODUCTOS	_____
660	UTILIDAD ANTES DE ISR. Y PTU.	_____
670	PROVISION PARA EL PAGO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA	_____
680	PROVISION PARA LA PARTICIPACION DE UTILIDADES AL PERSONAL	_____
690	UTILIDAD (PERDIDA) DEL EJERCICIO	_____
_____		_____
CONTADOR PUBLICO		DIRECTOR GENERAL

ANEXO 3.3.1

**COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
DIRECCIÓN DE INTERMEDIARIOS Y REGISTROS**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE APODERADO DE INTERMEDIARIO DE REASEGURO			ANEXO 3.3.1
CON FUNDAMENTO EN LA OCTAVA DE LAS REGLAS PARA LA AUTORIZACION Y OPERACION DE INTERMEDIARIOS DE REASEGURO, SOLICITO QUE ESA COMISION TENGA A BIEN CONCEDER SU AUTORIZACION AL INTERESADO PARA EJERCER COMO APODERADO DE: _____ INTERVINIENDO EN LA COLOCACION Y ASESORAMIENTO DE REASEGURO, QUIEN PARA TAL EFECTO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTA LO SIGUIENTE.			F O T O
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	R.F.C.
DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES			
CALLE Y NÚMERO		COLONIA, UNIDAD, FRACCIONAMIENTO O LOCALIDAD	
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	ESTADO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD	TELÉFONO OFICINA		TELÉFONO PARTICULAR
REQUISITOS QUE DEBERÁ CUMPLIMENTAR		REQUISITOS QUE DEBERÁ CUMPLIMENTAR EN CASO DE SER EXTRANJERO	
1.- UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE (TAMAÑO INFANTIL). 2.- DOCUMENTO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERMEDIARIO DE REASEGURO EN PAPEL MEMBRETADO, EN EL QUE MANIFIESTA LA SOLICITUD PARA QUE SE OTORQUE LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE. 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA. 4.- ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA. 5.- COPIA FOTOSTÁTICA DEL TÍTULO O CÉDULA PROFESIONAL O COMPROBANTE DE ESTUDIOS CON NIVEL DE LICENCIATURA. 6.- CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O ALTA ANTE EL SAT COMO APODERADO DE INTERMEDIARIO DE REASEGURO. 7.- COPIA FOTOSTATICA DE LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP). 8.- COPIA FOTOSTÁTICA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO A NOMBRE DEL PROSPECTO DE APODERADO. 9.- COMPROBANTE DEL PAGO DE DERECHOS EN ORIGINAL Y DOS COPIAS. 10.- CURRÍCULUM VITAE ACTUALIZADO, ANEXANDO FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS QUE COMPRUEBEN FEHACIENTEMENTE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL Y/O LABORAL ESPECÍFICA. 11.- DECLARACIÓN FIRMADA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN QUE MANIFIESTE QUE NO SE UBICA EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LA DÉCIMA DE LAS REGLAS PARA LA AUTORIZACION Y OPERACIÓN DE INTERMEDIARIOS DE REASEGURO VIGENTES.		1.- UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE (TAMAÑO INFANTIL). 2.- DOCUMENTO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERMEDIARIO DE REASEGURO EN PAPEL MEMBRETADO, EN EL QUE MANIFIESTA LA SOLICITUD PARA QUE SE OTORQUE LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE. 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA. 4.- ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA. 5.- COPIA FOTOSTÁTICA DEL TÍTULO O CÉDULA PROFESIONAL O COMPROBANTE DE ESTUDIOS CON NIVEL DE LICENCIATURA. 6.- CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O ALTA ANTE EL SAT COMO APODERADO DE INTERMEDIARIO DE REASEGURO. 7.- COPIA FOTOSTATICA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO A NOMBRE DEL PROSPECTO O APODERADO. 8.- COMPROBANTE DEL PAGO DE DERECHOS EN ORIGINAL Y DOS COPIAS. 9.- CURRÍCULUM VITAE ACTUALIZADO, ANEXANDO FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS QUE COMPRUEBEN FEHACIENTEMENTE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL Y/O LABORAL ESPECÍFICA. 10.- DECLARACIÓN FIRMADA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE MANIFIESTE QUE NO SE UBICA EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LA DÉCIMA DE LAS REGLAS PARA LA AUTORIZACION Y OPERACIÓN DE INTERMEDIARIOS DE REASEGURO VIGENTES. 11.- COPIA DEL F.M.2 O CARTA DE NATURALIZACIÓN.	
FINALMENTE EL INTERESADO, MANIFIESTA QUE HABIENDO REVISADO CON TODO DETENIMIENTO LO DISPUESTO EN LAS FRACCIONES I A IX DE LA DÉCIMA DE LAS YA MENCIONADAS REGLAS, NO SE ENCUENTRA EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS POR TALES PRECEPTOS.			

ATENTAMENTE,					
INTERMEDIARIO DE REASEGURO	INTERESADO				
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	_____ NOMBRE Y FIRMA				
	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA DIGITAL DERECHA				
_____ A _____ DE _____ DE 20____					
PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE INTERMEDIARIOS, REGISTROS Y ENLACE REGIONAL					
CDI/ _____ OFICIO NO. _____ ANALISTA _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr style="background-color: #cccccc;"><th style="padding: 5px;">OBSERVACIONES</th></tr></thead><tbody><tr><td style="padding: 5px;">_____</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">_____</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">_____</td></tr></tbody></table>	OBSERVACIONES	_____	_____	_____
OBSERVACIONES					

ANEXO 3.3.7

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS			
DIRECCIÓN DE INTERMEDIARIOS Y REGISTROS			
SOLICITUD DE REFRENDO DE APODERADO DE INTERMEDIARIO DE REASEGURO			ANEXO 3.3.7.
<p>CON FUNDAMENTO EN LA NOVENA DE LAS REGLAS PARA LA AUTORIZACIÓN Y OPERACIÓN DE INTERMEDIARIOS DE REASEGURO, SOLICITO QUE ESA COMISIÓN TENGA A BIEN CONCEDER EL REFRENDO DE LA AUTORIZACIÓN AL INTERESADO PARA EJERCER COMO APODERADO DE: _____</p> <p>INTERVINIENDO EN LA COLOCACIÓN Y ASESORAMIENTO DE REASEGURO, QUIÉN PARA TAL EFECTO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTA LO SIGUIENTE.</p>			F O T O
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	R.F.C.
DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES			
CALLE Y NÚMERO		COLONIA, UNIDAD, FRACCIONAMIENTO O LOCALIDAD	
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	ESTADO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD	TELÉFONO OFICINA		TELÉFONO PARTICULAR
REQUISITOS QUE DEBERÁ CUMPLIMENTAR		REQUISITOS QUE DEBERÁ CUMPLIMENTAR EN CASO DE SER EXTRANJERO	
1.- UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE (TAMAÑO INFANTIL). 2.- CÉDULA ORIGINAL VIGENTE. 3.- DOCUMENTO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERMEDIARIO DE REASEGURO EN PAPEL MEMBRETADO, EN EL QUE MANIFIESTE LA SOLICITUD PARA QUE SE OTORQUE EL REFRENDO DE LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE. 4.- DECLARACIÓN FIRMADA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE MANIFIESTE QUE NO SE UBICA EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LA DÉCIMA DE LAS REGLAS PARA LA AUTORIZACIÓN Y OPERACIÓN DE INTERMEDIARIOS DE REASEGURO VIGENTES. 5.- COMPROBANTE DEL PAGO DE DERECHOS EN ORIGINAL Y DOS COPIAS.		1.- UNA FOTOGRAFÍA RECIENTE (TAMAÑO INFANTIL). 2.- CÉDULA ORIGINAL VIGENTE. 3.- DOCUMENTO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERMEDIARIO DE REASEGURO EN PAPEL MEMBRETADO, EN EL QUE MANIFIESTE LA SOLICITUD PARA QUE SE OTORQUE EL REFRENDO DE LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE. 4.- DECLARACIÓN FIRMADA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE MANIFIESTE QUE NO SE UBICA EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LA DÉCIMA DE LAS REGLAS PARA LA AUTORIZACIÓN Y OPERACIÓN DE INTERMEDIARIOS DE REASEGURO VIGENTES. 5.- COMPROBANTE DEL PAGO DE DERECHOS EN ORIGINAL Y DOS COPIAS. 6.- COPIA DEL F.M.2 O CARTA DE NATURALIZACIÓN.	
FINALMENTE, EL INTERESADO MANIFIESTA QUE HABIENDO REVISADO CON TODO DETENIMIENTO LO DISPUESTO POR LAS FRACCIONES I A IX DE LA DÉCIMA DE LAS YA MENCIONADAS REGLAS, NO SE ENCUENTRA EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS PREVISTOS POR TALES PRECEPTOS.			

ATENTAMENTE,

INTERMEDIARIO DE REASEGURO

INTERESADO

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y FIRMA



HUELLA DIGITAL DERECHA

_____ A _____ DE _____ DE 20_____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE INTERMEDIARIOS, REGISTROS Y ENLACE REGIONAL

CDI _____

OFICIO NO. _____

ANALISTA _____

OBSERVACIONES

ANEXO 3.4.3**FORMATO DE DESIGNACION DEL ADMINISTRADOR RESPONSABLE
DEL SISTEMA DE ENTREGA DE INFORMACION VIA ELECTRONICA**

(Esta carta debe contener la denominación del Intermediario de Reaseguro y estar elaborada en hoja membretada de la misma).

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
Dirección General de Informática.
Presente.

El que suscribe, bajo protesta de decir verdad, manifiesta lo siguiente:

1. Reconozco como propia la clave de usuario que me será proporcionada por la Comisión así como la contraseña _____, destinada a la administración del Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica, a través de la Página Web de la Comisión.

Se recomienda cambiar la contraseña proporcionada por el Administrador de ese Intermediario de Reaseguro, a través de la misma aplicación y conforme a lo descrito en el Manual del Usuario para la Entrega de Información Vía Electrónica, para garantizar que es el único que la conoce.
2. Acepto que la utilización de la clave de usuario y contraseña señaladas en el punto anterior quedará bajo mi responsabilidad, en el entendido de que ambas tienen el carácter de personales e intransferibles.
3. Que es mi responsabilidad desempeñar las funciones relativas a la administración del Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica, acorde al manual de usuario correspondiente, estando comprendidas las siguientes:
 - a) Instalar el software de encriptación.
 - b) Exportar y enviar a la Comisión la llave pública del Intermediario de Reaseguro, con la cual se encriptarán y firmarán los archivos que se envíen en representación de este Intermediario de Reaseguro.
 - c) Importar la llave pública de la Comisión.
 - d) Dar de alta, mantener y dar a conocer a quien corresponda las claves y contraseñas de los usuarios responsables de enviar la información a la Comisión, para la vigilancia y supervisión de la operación de este Intermediario de Reaseguro.
 - e) Dar de alta, mantener y dar a conocer a quien corresponda las claves y contraseñas de los usuarios que puedan consultar el estado de cada uno de los envíos de información a la Comisión.
4. Asumo la responsabilidad de las acciones que se realicen con el uso de la clave de usuario que me asignen y de la contraseña.

Atentamente,

Nombre, cargo y firma del administrador responsable del Sistema de Entrega de Información Vía Electrónica

Teléfono

Dirección de correo electrónico

Lugar y Fecha.

ANEXO 4.1.1**PROCEDIMIENTO Y CRITERIOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL MONTO DEL CAPITAL MINIMO PAGADO DE LAS INSTITUCIONES**

"I.- A más tardar el 30 de junio de cada año, el capital mínimo pagado deberá quedar totalmente suscrito y pagado, el cual deberá estar conforme a los estatutos sociales. Cuando el capital social exceda del mínimo, deberá estar pagado cuando menos en un 50%, siempre que este porcentaje no sea menor del mínimo establecido.

"II.- Una vez cumplido el criterio anterior, se verificará que al cierre de cada trimestre el CAPITAL CONTABLE no sea inferior al capital mínimo pagado que fija la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de acuerdo al siguiente procedimiento de cálculo:

"1. Capital Contable.

"Menos

"2. Incremento por Valuación de Inmuebles Neto (cuentas 1304, 1305, 3201, 3202, 3203 y 3206).

"3. Utilidad por Valuación de Inversiones (cuenta 6616 subcuenta 04 De Títulos de Capital).

"Más

"4. Incremento por Valuación de Inmuebles Capitalizado.

"5. El menor de los importes del Incremento por Valuación de Inmuebles Neto susceptible de ser considerado de acuerdo a lo siguiente:

"a) Hasta el 50% del Capital Pagado una vez descontado el Incremento por Valuación de Inmuebles ya capitalizado, al resultado así obtenido se le deduce nuevamente el Incremento por Valuación de Inmuebles ya capitalizado.

"b) Hasta el 50% del Incremento por Valuación de Inmuebles Neto, descontando a este monto el Incremento por Valuación de Inmuebles Neto afectado a reservas técnicas y el Incremento por Valuación de Inmuebles ya capitalizado.

En este inciso, cuando el resultado sea negativo, el valor a considerar será cero.

"III.- Con independencia de que esas instituciones subsanen los faltantes en el capital mínimo pagado, podrán hacerse acreedoras a sanciones cuando el capital contable, entendiéndose por éste a los conceptos señalados del punto 1 al 5 del numeral II, resulte inferior al capital mínimo pagado que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

ANEXO 5.1.3-a**FORMATO DE ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD
DE LOS OPERADORES DEL REGISTRO DE PRODUCTOS**

(Esta carta debe contener la denominación de la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de que se trate)

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas:**Presente**

El que suscribe, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

1. Reconozco como propia la clave de usuario _____, así como la contraseña _____, destinadas al registro de productos de (*seguros, pensiones o salud*), conforme a la clasificación descrita en la Disposición 5.1.2, del Capítulo 5.1 de la Circular Unica de Seguros, a través de la Página Web de la Comisión.
2. Acepto que la utilización de mi clave de usuario y contraseña señaladas en el punto anterior para el registro de productos, quedará bajo mi responsabilidad, en el entendido de que ambas tienen el carácter de personales e intransferibles, incluso en el supuesto de que deje de prestar mis servicios a (denominación de la institución), ocurra la pérdida de mi clave de usuario o contraseña, o cualquier otra situación que pudiera implicar su reproducción o uso indebido, en tanto no sean inhabilitadas.
3. Que es mi responsabilidad desempeñar las funciones relativas al proceso de registro de productos, estando comprendidas las siguientes:
 - a) Proporcionar la información requerida por las pantallas de captura de la Página Web de la Comisión, incluyendo los archivos de los documentos correspondientes a cada producto en formato PDF, en la forma y términos previstos en el Capítulo 5.1 de la Circular Unica de Seguros.
 - b) Solicitar las llaves públicas de los funcionarios de esa Comisión, facultados para firmar electrónicamente los documentos correspondientes a los productos.
 - c) Extraer los acuses de recibo de los documentos en formato PDF relativos a los productos registrados, conforme lo establece el Capítulo 5.1 de la Circular Unica de Seguros.
4. Asumo la responsabilidad de la eventual suspensión del registro del producto de que se trate, como consecuencia de la deficiente captura de la información requerida en el módulo de la Página Web destinado para tal fin.
5. Estoy de acuerdo en que la Comisión podrá requerir el reenvío de la información relativa al registro de un producto, cuando los archivos enviados contengan virus informáticos o no puedan visualizarse debido a problemas técnicos.

Atentamente,

Nombre, cargo y firma del operador responsable del registro de productos

RFC: _____

Teléfono y dirección de correo electrónico.

Lugar y fecha

ANEXO 5.1.3-b**FORMATO DE SOLICITUD PARA PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL REGISTRO DE PRODUCTOS***Lugar y fecha***Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
Presente****AT'N: Director General de Informática**

De conformidad con la Disposición 5.1.3, penúltimo y último párrafos, del Capítulo 5.1 de la Circular Unica de Seguros emitida por esa Comisión, en mi carácter de (*Director General o equivalente*) de (*Nombre de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros*), me permito solicitar que esa Comisión se sirva efectuar los movimientos que se describen a continuación, relativos a la designación como operadores responsables de efectuar el registro de productos en nombre y representación de esta Institución:

Movimiento (Alta, Baja)	Tipo (S,P,H)	Nombre del operador	RFC

Para cada uno de ellos se adjunta el formato incluido en el Anexo 5.1.3-a, en sobre cerrado, los cuales cumplen con los requisitos requeridos.

Asimismo, me permito solicitar que se efectúen los movimientos referentes a la designación de los signatarios de la documentación a la que se refiere la Disposición 5.1.4 del Capítulo 5.1 de la Circular Unica de Seguros, de acuerdo a lo siguiente:

a) Actuarios signatarios de la Nota Técnica y el Análisis de Congruencia

Movimiento (Alta, Baja)	Tipo (S,P,H)	Nombre	RFC

b) Abogados signatarios del Análisis de Congruencia

Movimiento (Alta, Baja)	Tipo (S,P,H)	Nombre	RFC

c) Signatarios del Dictamen Jurídico y de la Documentación Contractual

Movimiento (Alta, Baja)	Tipo (S,P,H)	Nombre	RFC

Atentamente,

*Nombre**Puesto.**Nombre de la Institución o sociedad mutualista*

ANEXO 5.1.5**FORMATO DE ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE LOS SIGNATARIOS DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LOS PRODUCTOS DE SEGUROS****Comisión Nacional de Seguros y Fianzas:
Presente**

(deberá elegirse uno de los tres párrafos siguientes, según sea el caso)

El que suscribe, en su carácter de actuario facultado conforme a lo establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para la elaboración y firma de notas técnicas de productos de seguros, así como de los análisis de congruencia entre éstas y las condiciones contractuales correspondientes, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

El que suscribe, en su carácter de abogado de la institución (denominación de la institución), facultado conforme a lo establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para la elaboración y firma de los análisis de congruencia entre las notas técnicas y las condiciones contractuales de productos de seguros, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

El que suscribe, en su carácter de (profesionista) facultado conforme a lo establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para la elaboración y firma de los dictámenes jurídicos de la documentación contractual de productos de seguros, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

1. Reconozco como propia la firma electrónica asociada al certificado digital cuyos datos de identificación son los siguientes:

Número de serie: _____

Cadena de validación: _____

Vigencia: del _____ al _____

Llave pública:

2. Reconozco que la utilización de la firma electrónica referida en el punto anterior, en sustitución de mi firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a ésta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, por lo que la utilización de mi firma electrónica por persona distinta, quedará bajo mi responsabilidad.
3. Asumo la responsabilidad de la eventual suspensión del registro del producto que derive del incumplimiento de las validaciones informáticas relativas a la autenticidad de mi firma electrónica, o bien, cuando se detecte cualquier tipo de alteración que se haya efectuado de manera previa a dicha firma.
4. Asimismo, acepto plena responsabilidad en caso de que se presente cualquier situación que pudiera implicar la reproducción o uso indebido de mi firma electrónica, en tanto ésta no se inhabilite.
5. Estoy de acuerdo en reenviar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando ésta lo solicite, el certificado digital a que se refiere el punto 1 anterior, cuando el archivo enviado contenga virus informáticos o que no pueda utilizarse debido a problemas técnicos.

Atentamente,

-Nombre, firma y número de cédula profesional.

-En el caso del actuario que suscriba la nota técnica, adicionalmente deberá agregar la clave de la certificación vigente emitida por el colegio profesional de la especialidad, o la acreditación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que lo faculte para elaborar notas técnicas.

-Cargo, en el caso de funcionarios de la institución o sociedad mutualista de seguros.

- RFC: _____

-Domicilio, teléfono y dirección de correo electrónico para recibir notificaciones.

- Lugar y fecha

ANEXO 5.2.1-a**“ESTANDAR DE PRACTICA ACTUARIAL No. 01” (adoptado por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C.):**

“México, noviembre de 2001. Revisado en agosto de 2003.”

“CALCULO ACTUARIAL DE LA PRIMA DE TARIFA PARA LOS SEGUROS DE CORTO PLAZO (VIDA Y NO-VIDA)”

“Preámbulo

“El presente documento resume los principales lineamientos y criterios generales que el actuario debe considerar en la determinación o cálculo actuarial de las primas de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo, independientemente del ramo al que correspondan. Estos lineamientos fueron desarrollados con el fin de proporcionar una guía práctica para la realización de esta tarea. Los mismos se apegan al marco legal aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de las necesidades o propósitos de tipo comercial de las entidades aseguradoras, ni de los valores específicos que, para efectos regulatorios, se establezcan para los parámetros considerados en estos lineamientos con el propósito de incorporar márgenes prudenciales que garanticen con un elevado grado de certidumbre el cumplimiento de las obligaciones con los asegurados.

“Asimismo, enuncia criterios de carácter y aplicación general, sin abarcar casos específicos que por sus características requieran de consideraciones especiales, mismos que deberán ser tratados con base en el juicio y experiencia profesional del actuario, respetando siempre los principios sobre los cuales fueron sustentados estos estándares.

“El grupo de trabajo encargado del desarrollo de este estándar estuvo conformado por miembros de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.

“Con el propósito de hacerlo del conocimiento del gremio actuarial, así como para recabar todas las observaciones y sugerencias de los actuarios involucrados e interesados en este tema, un primer borrador fue sometido a un proceso de auscultación entre los miembros de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.: y del Colegio Nacional de Actuarios, A.C., a fin de incorporar los comentarios pertinentes.

“Este documento corresponde a la versión final del estándar, el cual ha sido adoptado por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C.

- **“Sección 1.**

“Propósito, alcance y fecha de aplicación

“1.1 Propósito.- El propósito de este estándar es establecer los elementos y criterios que deben ser considerados en el proceso de cálculo actuarial de la prima de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo en los seguros de vida, daños, accidentes, enfermedades y salud. Los elementos contenidos en este estándar son de aplicación general y obligatoria para todos los actuarios que ejerzan su profesión para instituciones y sociedades mutualistas de seguros que operen en México.

“1.2 Alcance.- Este estándar de práctica fue elaborado para la determinación de la prima de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo, desde el punto de vista actuarial, sin considerar situaciones especiales que pudieran presentarse como consecuencia de requerimientos de tipo comercial o restricciones estatutarias.

“Los elementos contenidos en este estándar fueron definidos en términos generales y es factible que se presenten situaciones que no estén explícitamente contempladas en los mismos. Corresponderá al actuario involucrado, con base en su mejor juicio y criterio, la resolución de los casos no previstos o de aquellos para los cuales este estándar no se considere aplicable.

“1.3 Fecha de aplicación.- 1 de enero de 2004.

- **“Sección 2.**

“Antecedentes y situación actual

“El cálculo actuarial de las primas de tarifa, en las diferentes operaciones de seguro, depende de las características del riesgo, así como del plazo de los contratos; este proceso constituye un factor decisivo para la rentabilidad del negocio y la base fundamental para la constitución de las reservas correspondientes, bajo un esquema de suficiencia.

“Los lineamientos que aquí se presentan están orientados a:

- “Establecer los principios sobre los cuales se sustenta una prima de tarifa.
- “Definir los conceptos y elementos que deben ser considerados en su determinación.
- “Señalar las características generales que deben tener los procedimientos actuariales válidos para la determinación de la prima de tarifa.
- “Definir la información con la que se debe contar para sustentar la prima de tarifa propuesta, así como los requerimientos mínimos para garantizar que dicha prima de tarifa cumple con los principios establecidos en estos estándares.

“Es importante mencionar que históricamente, en México, el proceso de cálculo actuarial de una prima de tarifa se ha realizado con base en el conocimiento, experiencia, práctica y criterio del actuario responsable, apoyado fundamentalmente en la información estadística disponible y en la normatividad establecida para cada ramo y tipo de seguro, sin que existiera algún documento técnico de carácter gremial para tal propósito, exceptuando aquellos que han sido elaborados por asociaciones profesionales extranjeras y que se consideran aplicables en nuestro país.

“El grupo de trabajo reconoce que en el futuro deberán desarrollarse mejoras y estándares adicionales, para considerar otros aspectos específicos relacionados con el cálculo actuarial de las primas de tarifa.

- **“Sección 3.**

“Definiciones

“Para efectos de la aplicación de los estándares de práctica actuarial, se han definido los siguientes conceptos:

“3.1 Cálculo actuarial.- Se refiere al procedimiento con el que se determina actuarialmente el valor de la prima de tarifa de un seguro, o cualquier variable, parámetro o medida relacionada con un riesgo asegurado.

“3.2 Costos de administración.- Son los relativos a la suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otra función necesaria para el manejo operativo de una cartera de seguros de corto plazo.

“3.3 Costos de adquisición.- Son los relacionados con la promoción y venta de los seguros, que incluyen comisiones a intermediarios, bonos y otros gastos comprendidos dentro de este rubro.

“3.4 Costo de siniestralidad y otras obligaciones contractuales.- Refleja el monto esperado de los siniestros del riesgo en cuestión, actualizados por el impacto de la inflación pasada y tomando en cuenta un estimado de la inflación futura, así como el de otras obligaciones contractuales, considerando, en su caso, el efecto de deducibles, coaseguros, salvamentos y recuperaciones, así como el margen para desviaciones y la provisión para gastos de ajuste y otros gastos relacionados con el manejo de los siniestros, si son aplicables. En el caso de riesgos de naturaleza catastrófica, debe considerar el costo anual que corresponda, en función del tipo de riesgo y el periodo de recurrencia considerado en el modelo de cálculo utilizado.

“3.5 Información confiable.- Es aquella cuya fuente y forma de generación sea conocida, comprobable y veraz, o que sea generada y publicada por una institución reconocida a nivel nacional o internacional.

“3.6 Información homogénea.- Se refiere a que los datos estadísticos utilizados para el cálculo actuarial de la prima de tarifa, deben corresponder a unidades (personas o cosas) expuestas, en condiciones iguales o similares, a riesgos del mismo tipo.

“3.7 Información suficiente.- Aquella cuyo volumen de datos permite la aplicación de métodos estadísticos o modelos de credibilidad y que abarca todos los aspectos relacionados con la valoración del riesgo en cuestión.

“3.8 Margen de utilidad.- Es la contribución marginal a la utilidad bruta general, que se haya definido para el ramo y tipo de seguro en cuestión, de conformidad con las políticas establecidas por la empresa que asume el riesgo.

“3.9 Nota técnica.- Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo actuarial de la prima y en el que se sustenta la aplicación de los estándares de práctica actuarial. En este documento deben incluirse de manera específica: la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, las características, alcances, limitaciones y condiciones de la cobertura, las definiciones, conceptos, hipótesis y procedimientos empleados y, en su caso, las estadísticas y datos utilizados en la valoración del riesgo, así como las fuentes de información y cualquier otro elemento necesario para fundamentar actuarialmente la prima resultante.

“3.10 Prima de tarifa.- Monto unitario necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, de adquisición y de administración, así como el margen de utilidad previsto.

“3.11 Principios actuariales.- Teorías y conceptos fundamentales de uso y aplicación común en la práctica actuarial, que son generalmente aceptados y que se encuentran explicados y sustentados en la literatura nacional o internacional.

“3.12 Procedimientos actuariales.- Conjunto de métodos y técnicas científicamente sustentadas, aplicables al problema de seguros que se pretende resolver y que son congruentes con los principios actuariales.

“3.13 Productos financieros.- Retorno o ingreso que la entidad que asume los riesgos de los contratos de seguro, espera obtener razonablemente, por la inversión de los recursos que respalden las reservas por constituir para garantizar las obligaciones de dichos contratos y por los flujos libres que se espera obtener por éstos.

“3.14 Seguros de corto plazo.- Son todos aquellos contratos de seguro con una duración igual o menor a un año, independientemente del ramo al que pertenezcan. En esta definición quedan comprendidos seguros de los ramos de Vida, Daños, Accidentes, Enfermedades y Salud.

“3.15 Tasa de inversión.- Es la tasa de interés que se utiliza para estimar los productos financieros.

“3.16 Tasa técnica o de descuento para el cálculo de la prima.- Es la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

- **“Sección 4.**

- **“Principios**

“Principio 1.- La prima de tarifa es la cantidad necesaria para cubrir, al menos, el valor esperado de los costos futuros.

“Una prima de tarifa es una estimación del valor actual de los costos futuros esperados, por lo que su determinación debe realizarse de manera prospectiva y antes de que se efectúe la transferencia del riesgo del asegurado a la aseguradora.

“Principio 2.- La prima de tarifa debe garantizar suficiencia y solidez.

“Una prima de tarifa, junto con los productos financieros esperados, debe proveer ingresos suficientes para cubrir, al menos, todos los costos asociados a la transferencia del riesgo, considerando la evolución y las posibles desviaciones de dichos costos en el tiempo, así como el margen de utilidad esperado, a fin de garantizar que el seguro sea financieramente sólido. En su caso, deberá considerarse también el otorgamiento de dividendos por experiencia global, propia o combinada, a fin de garantizar la suficiencia de la prima de tarifa.

“Principio 3.- La prima de tarifa debe reconocer las características individuales o particulares de la unidad expuesta al riesgo.

“Una prima de tarifa debe tomar en cuenta las características de la unidad expuesta al riesgo y la experiencia acumulada en grupos de unidades de riesgo homogéneos o similares. También puede tomar en cuenta la experiencia particular de grupos o colectividades específicas, con base en información estadística suficiente y confiable que sustente el comportamiento del riesgo.

“Principio 4.- La determinación de la prima de tarifa debe sustentarse sobre bases actuariales.

“Una prima de tarifa se presume suficiente, si representa una estimación actuarial del valor esperado de todos los costos futuros asociados a una transferencia individual de riesgos, de conformidad con los principios 1, 2 y 3.

- **“Sección 5.**

“Prácticas recomendadas

“5.1 Cálculo actuarial de la prima de tarifa.- El cálculo actuarial de la prima de tarifa de los contratos de seguro de corto plazo, debe realizarse considerando los productos financieros (tasa técnica de interés) y todos los costos futuros (actualizados por inflación) relacionados con la transferencia del riesgo, utilizando procedimientos actuariales y basándose en criterios prudenciales que permitan que las hipótesis sobre tasas de interés adoptadas para el cálculo tengan un grado razonable de confiabilidad, considerando las políticas y portafolios de inversión de la compañía, los riesgos asociados al mismo y tomando como referencia la tasa libre de riesgo del mercado, así como las expectativas macroeconómicas de tasas de rendimiento futuras y la inflación.

“5.2 Determinación de los costos relacionados con la transferencia del riesgo.- En la valoración actuarial deberán contemplarse todos aquellos costos en los que incurrirá la entidad aseguradora al hacer frente al riesgo que está asumiendo y que deben comprender al menos: el costo de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, incluyendo un margen para desviaciones, así como los costos de adquisición y de administración y el margen de utilidad. Dentro del margen de utilidad se podrá incorporar un margen adicional para cubrir el costo neto del reaseguro no proporcional, cuando éste resulte significativo y razonable, en función a la transferencia del riesgo y a las condiciones del mercado. Independientemente de los costos operativos y financieros, en los seguros con pago fraccionado de primas deberá considerarse el impacto de la cancelación prematura por falta de pago.

“5.3 Integración de información.- El cálculo actuarial de una prima de tarifa debe basarse en información homogénea, suficiente y confiable, sobre el riesgo en cuestión y las variables consideradas.

“5.4 Revisión de la prima de tarifa.- La prima de tarifa debe revisarse periódicamente en función de las variaciones en los elementos considerados, conforme se recopile nueva información que cumpla con las características establecidas en el punto 5.3.

“5.5 Elementos adicionales.- El cálculo actuarial de una prima de tarifa puede incorporar también otros elementos relativos a la experiencia siniestral, las políticas de suscripción o variables del mercado o del entorno, entre otros, referidos al riesgo o los costos asociados, siempre que se pueda estimar objetivamente su efecto.

“5.6 Experiencia de reaseguradores.- Cuando no sea factible integrar la información de acuerdo con lo señalado en el punto 5.3, el cálculo de la prima de tarifa puede fundamentarse en las primas de riesgo establecidas por el mercado internacional de reaseguro, en relación a los riesgos en cuestión u otros riesgos análogos.

- **“Sección 6.**

“Otras Recomendaciones

“6.1 Congruencia.- En todo momento, el actuario procurará vigilar que exista congruencia entre lo establecido en las condiciones contractuales de un producto de seguros de corto plazo y la nota técnica correspondiente; de no ser así, o en caso de que no le sea posible cumplir con esta responsabilidad, deberá revelarlo conforme a las políticas, normas y procedimientos aplicables.

“6.2 Documentación.- La nota técnica y cualquier otra documentación relacionada con la valoración del riesgo y los procedimientos aplicados por el actuario, en apego al presente estándar, debe ser resguardada por la entidad que la aplique y estar disponible para fines de consulta, seguimiento y auditoría.”

ANEXO 5.2.1-b

“ESTANDAR DE PRACTICA ACTUARIAL No. 03” (adoptado por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C.):
“México. Septiembre de 2003.”

“CALCULO ACTUARIAL DE LA PRIMA DE TARIFA PARA LOS SEGUROS DE LARGO PLAZO”

“Preámbulo

“El presente documento resume los principales lineamientos y criterios generales que el actuario debe considerar en la determinación o cálculo actuarial de las primas de tarifa para los contratos de seguro de largo plazo. Estos lineamientos fueron desarrollados con el fin de proporcionar una guía práctica para la realización de esta tarea. Los mismos se apegan al marco legal aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de las necesidades o propósitos de tipo comercial de las entidades aseguradoras, ni de los valores específicos que, para efectos regulatorios, se establezcan para los parámetros considerados en estos lineamientos con el propósito de incorporar márgenes prudenciales que garanticen con un elevado grado de certidumbre el cumplimiento de las obligaciones con los asegurados.

“Asimismo, enuncia criterios de carácter y aplicación general, sin abarcar casos específicos que por sus características requieran de consideraciones especiales, mismos que deberán ser tratados con base en el juicio y experiencia profesional del actuario, respetando siempre los principios sobre los cuales fueron sustentados estos estándares.

“El grupo de trabajo encargado del desarrollo de este estándar estuvo conformado por miembros de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C.

“Con el propósito de hacerlo del conocimiento del gremio actuarial, así como para recabar todas las observaciones y sugerencias de los actuarios involucrados e interesados en este tema, un primer borrador fue sometido a un proceso de auscultación entre los miembros de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C. y del Colegio Nacional de Actuarios, A.C., a fin de incorporar los comentarios pertinentes.

“Este documento corresponde a la versión final del estándar, el cual ha sido adoptado por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C.

- **“Sección 1.**

- **“Propósito, alcance y fecha de aplicación**

“**1.1 Propósito.-** El propósito de este estándar es establecer los elementos y criterios que deben ser considerados en el proceso del cálculo actuarial de la prima de tarifa para los contratos de seguro de largo plazo. Los elementos contenidos en este estándar son de aplicación general y obligatoria para todos los actuarios que ejerzan su profesión para instituciones y sociedades mutualistas de seguros que operen en México.

“**1.2 Alcance.-** Este estándar de práctica fue elaborado para la determinación de la prima de tarifa para los contratos de seguro de largo plazo, desde el punto de vista actuarial, sin considerar situaciones especiales que pudieran presentarse como consecuencia de requerimientos de tipo comercial o restricciones estatutarias.

“Los elementos contenidos en este estándar fueron definidos en términos generales y es factible que se presenten situaciones que no estén explícitamente contempladas en los mismos. Corresponderá al actuario involucrado, con base en su mejor juicio y criterio, la resolución de los casos no previstos o de aquellos para los cuales este estándar no se considere aplicable.

“En todo momento, el actuario procurará comprender y atender el espíritu y propósito general del estándar, lo cual significa que no necesariamente se requiere su aplicación estricta, al pie de la letra, para darle cumplimiento.

“**1.3 Fecha de aplicación.-** 1 de enero de 2004.

- **“Sección 2.**

- **“Antecedentes y situación actual**

“El cálculo actuarial de las primas de tarifa en los seguros de largo plazo, depende de las características del riesgo, así como del plazo de los contratos; este proceso constituye un factor determinante para la solvencia y rentabilidad del negocio, bajo un esquema de suficiencia.

“Los lineamientos que aquí se presentan están orientados a:

- “Establecer los principios sobre los cuales se sustenta una prima de tarifa suficiente.
- “Definir los conceptos y elementos que deben ser considerados en su determinación.
- “Señalar las características generales que deben tener los procedimientos actuariales válidos para la determinación de la prima de tarifa.
- “Definir la información con la que se debe contar para sustentar la prima de tarifa suficiente, así como los requerimientos mínimos para garantizar que se cumple con los principios establecidos en estos estándares.

“Es importante mencionar que históricamente, en México, el proceso de cálculo actuarial de una prima de tarifa, se ha realizado con base en el conocimiento, experiencia práctica y criterio del actuario responsable, apoyado fundamentalmente en la información estadística disponible y en la normatividad establecida para cada ramo y tipo de seguro, sin que existiera algún documento técnico de carácter gremial para tal propósito, exceptuando la literatura actuarial de carácter universal y aquellos documentos que han sido elaborados por asociaciones profesionales extranjeras y que se consideran aplicables en nuestro país.

“El grupo de trabajo reconoce que en el futuro deberán desarrollarse mejoras y estándares adicionales, para considerar otros aspectos específicos relacionados con el cálculo actuarial de las primas de tarifa.

- **“Sección 3.**

- **“Definiciones**

“Para efectos de la aplicación de los estándares de práctica actuarial para el cálculo de la prima de tarifa de los contratos de seguro de largo plazo, se han definido los siguientes conceptos:

“**3.1 Cálculo actuarial.-** Se refiere al procedimiento con el que se determina actuarialmente el valor de la prima de tarifa de un seguro, o cualquier variable, parámetro o medida relacionada con un riesgo asegurado.

“**3.2 Cancelación.-** Terminación del contrato, debido a una causa distinta de siniestro o vencimiento.

“**3.3 Costo de capital.-** Se refiere al interés o costo de oportunidad de los recursos adicionales que no provienen de la prima, que son necesarios para financiar la operación del seguro.

“**3.4 Costo de siniestralidad y otras obligaciones contractuales.-** Es el monto esperado de los siniestros del riesgo en cuestión, así como el de otras obligaciones contractuales tales como: valores garantizados, dotales y rentas; todos los elementos anteriores deben actualizarse, en su caso, por la inflación o por los incrementos previstos en el contrato.

“**3.5 Costos de administración.-** Son los relativos a la suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otra función necesaria para el manejo operativo de una cartera de seguros de largo plazo.

“**3.6 Costos de adquisición.-** Son los relacionados con la promoción y venta de los seguros, que incluyen comisiones a intermediarios, bonos, gastos por mercadotecnia y publicidad y otros gastos comprendidos dentro de este rubro.

“**3.7 Costo neto de reaseguro.-** Diferencial entre los egresos e ingresos de la cedente respecto al reaseguro no proporcional contratado.

“**3.8 Dotales.-** Monto a pagar al asegurado, cuando sobrevive a un plazo determinado.

“**3.9 Frecuencia.-** Medida relativa del número de siniestros que pueden ocurrir en un periodo determinado respecto al total de expuestos (probabilidad de ocurrencia).

“**3.10 Información confiable.-** Es aquella cuya fuente y forma de generación sea conocida, comprobable y veraz, o que sea generada y publicada por una institución reconocida a nivel nacional o internacional.

“**3.11 Información homogénea.-** Se refiere a que los datos estadísticos utilizados para el cálculo actuarial de la prima de tarifa, deben corresponder a personas o unidades expuestas, en condiciones similares, a riesgos del mismo tipo.

“**3.12 Información suficiente.-** Aquella cuyo volumen de datos permite la aplicación de métodos estadísticos o modelos de credibilidad y que abarca todos los aspectos relacionados con la valoración del riesgo en cuestión.

“**3.13 Margen de utilidad.-** Es la contribución marginal a la utilidad bruta general, que se haya definido para el ramo y tipo de seguro en cuestión, de conformidad con las políticas establecidas por la empresa que asume el riesgo, incluyendo, en su caso, el costo del capital y el costo neto del reaseguro.

“**3.14 Nota técnica para el cálculo de la prima.-** Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo actuarial de la prima de tarifa, y en el que consta la aplicación del presente estándar de práctica actuarial. En este documento deben incluirse de manera específica: la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, las características, alcances, limitaciones y condiciones del plan de seguro y las coberturas que lo integran, las definiciones, conceptos, hipótesis y procedimientos empleados y, en su caso, las estadísticas y datos utilizados en la valoración del riesgo, así como las fuentes de información y cualquier otro elemento necesario para fundamentar actuarialmente la prima.

“**3.15 Plazo de pago de primas de seguro.-** Número de años en que el contrato establece obligación de pago de primas.

“**3.16 Plazo de seguro.-** Duración de la cobertura principal amparada por el contrato.

“3.17 Prima de tarifa.- Monto necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, así como los de adquisición, de administración y el margen de utilidad previsto.

“3.18 Principios actuariales.- Teorías y conceptos fundamentales de uso y aplicación común en la práctica actuarial, que son generalmente aceptados y que se encuentran explicados y sustentados en la literatura nacional o internacional.

“3.19 Procedimientos actuariales.- Conjunto de métodos y técnicas, aplicables al problema de seguros que se pretende resolver y que son congruentes con los principios actuariales.

“3.20 Productos financieros.- Retorno o ingreso que la entidad que asume los riesgos de los contratos de seguro, espera obtener razonablemente, por la inversión de los recursos que respalden las reservas por constituir para garantizar las obligaciones de dichos contratos y por los flujos libres que se espera obtener por éstos.

“3.21 Renta o Pensión.- Pago periódico que se hace a un asegurado o beneficiario, a partir del momento en que se realiza el evento previsto en el contrato, por el tiempo establecido en el mismo.

“3.22 Rescate.- Valor en efectivo al que tiene derecho el asegurado a la cancelación del contrato.

“3.23 Seguro de largo plazo.- Es aquel en el que la aseguradora garantiza contractualmente la continuidad del contrato, en las condiciones establecidas al momento de la contratación, por un plazo mayor de un año y con tarifas máximas.

“3.24 Severidad.- Monto absoluto o valor relativo esperado de los siniestros a cargo de la aseguradora.

“3.25 Siniestro.- Ocurrencia de un evento fortuito, por el cual la aseguradora se obliga a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios.

“3.26 Suma asegurada.- Cantidad máxima que la aseguradora se obliga a cubrir en caso de siniestro o vencimiento del seguro.

“3.27 Tasa de Caducidad.- Medida anual de la frecuencia relativa con la que los asegurados suelen cancelar sus contratos, ya sea por rescate o por suspensión de pago de primas.

“3.28 Tasa de Conservación.- Medida anual de la frecuencia relativa con la que los asegurados renuevan o mantienen en vigor sus contratos, de un periodo a otro.

“3.29 Tasa de Invalidez.- Medida anual de la frecuencia relativa de los siniestros por incapacidad o invalidez.

“3.30 Tasa de Inversión.- Es la tasa de interés que se utiliza para estimar los productos financieros.

“3.31 Tasa de Morbilidad.- Medida anual de la frecuencia relativa de los siniestros por enfermedad.

“3.32 Tasa de Mortalidad.- Medida anual de la frecuencia relativa de los siniestros por muerte.

“3.33 Tasa técnica o de descuento para el cálculo de la prima.- Es la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

“3.34 Valor garantizado.- Porción de la reserva que se puede obtener como valor en efectivo del contrato, y que se puede aplicar como rescate, préstamo, seguro prorrogado, seguro saldado, etc.

“3.35 Vencimiento.- Terminación del plazo de seguro.

- **“Sección 4.**

- **“Principios**

“Principio 1. El valor presente esperado de las Primas de Tarifas debe ser igual al valor presente esperado, a la tasa técnica o de descuento, de los costos de siniestralidad y obligaciones contractuales, costos de administración, de adquisición y margen de utilidad.

“Principio 2. La prima de tarifa debe garantizar suficiencia y solvencia.

“Los procedimientos para la valoración del riesgo deben considerar un nivel razonable de confianza en cuanto al cumplimiento de todas las obligaciones, incorporando, en su caso, el manejo de factores de credibilidad y márgenes para desviaciones.

“Principio 3. La prima de tarifa debe reconocer las características individuales o particulares de las unidades expuestas al riesgo y la experiencia acumulada en grupos de unidades sujetas a riesgos homogéneos o similares.

“También puede tomar en cuenta la experiencia particular de grupos o colectividades específicas, con base en información estadística suficiente y confiable que sustente el comportamiento del riesgo.

“La experiencia histórica de los riesgos debe proporcionar una base útil y confiable para desarrollar una proyección razonable del futuro; sin embargo, también deberán considerarse otras variables externas, incluyendo aquellas que van más allá del ámbito de la propia aseguradora y de la industria de seguros.

“Una prima de tarifa se presume suficiente, si representa una estimación actuarial del valor esperado de todos los costos futuros asociados a una transferencia individual de riesgos, de conformidad con los principios antes señalados.

- **“Sección 5.**

- **“Prácticas recomendadas**

“5.1. Cálculo Actuarial de una Prima de Tarifa.- Se hará bajo la premisa de una operación de seguros en marcha, por toda la vida de los riesgos que se suscriban en el futuro, a menos que el actuario cuente con información que le haga suponer lo contrario. Se dice que una aseguradora es un negocio en marcha, cuando pretende y puede permanecer abierta a la captación de nuevos negocios.

“El Cálculo Actuarial de una Prima de Tarifa debe realizarse mediante un análisis prospectivo y explícito de los flujos de ingresos y egresos.

“El Cálculo Actuarial de una Prima de Tarifa debe contemplar hipótesis de todas las contingencias concretas y de otros factores inherentes a la futura cartera de riesgos del asegurador, que puedan afectar significativamente, los flujos de efectivo previstos. El cálculo de la prima de tarifa deberá considerar la probabilidad de ocurrencia y la severidad de todas las obligaciones contempladas en los contratos de seguros.

“Dentro del margen de utilidad se podrá incorporar un margen adicional para cubrir el costo neto del reaseguro no proporcional, cuando éste resulte significativo y razonable, en función a la transferencia del riesgo y a las condiciones del mercado.

“Independientemente de los costos operativos y financieros, deberá considerarse el impacto de la cancelación prematura por falta de pago. Por otra parte, siempre deberá considerarse el valor del dinero en el tiempo y, en su caso, la tasa de inflación.

“En el cálculo actuarial de la prima de tarifa deberán utilizarse supuestos sobre tasa de inversión y tasa técnica o de descuento prudenciales y con un grado razonable de confiabilidad, que consideren las políticas y portafolios de inversión de la compañía, los riesgos asociados al mismo y tomen como referencia la tasa libre de riesgo del mercado, así como las expectativas macroeconómicas de tasas de rendimiento futuras y la inflación.

“La determinación de la prima de tarifa debe sustentarse sobre bases actuariales y en la aplicación de procedimientos técnicos y estadísticos generalmente aceptados en el medio actuarial; sin embargo, el actuario siempre podrá aplicar su criterio, conocimiento y experiencia para ajustar o adecuar dichos procedimientos sobre bases razonables.

“5.2 Revisión de la prima de tarifa.- Periódicamente se debe revisar la prima de tarifa, en función de las variaciones en los elementos considerados, conforme se recopile nueva información que cumpla con las características establecidas en el Principio 3. En caso de que existan elementos suficientes para afirmar que el comportamiento de las variables y los parámetros básicos sufren variaciones significativas con respecto a los supuestos empleados en el cálculo, se deberán actualizar, para los nuevos negocios, las primas de tarifa.

“5.3 Elementos adicionales.- El cálculo actuarial de una prima de tarifa puede incorporar también otros elementos relativos a la experiencia siniestral, las políticas de suscripción o variables del mercado o del entorno, entre otros, referidos al riesgo o los costos asociados, siempre que se pueda estimar objetivamente su efecto.

- **“Sección 6.**

- **“Otras Recomendaciones**

“6.1 Congruencia.- En todo momento, el actuario deberá vigilar que haya congruencia entre lo establecido en las condiciones contractuales de un producto de seguros de largo plazo y la nota técnica correspondiente; de no ser así, o en caso de que no le sea posible cumplir con esta responsabilidad, deberá revelarlo conforme a las políticas, normas y procedimientos aplicables.

“6.2 Documentación.- La nota técnica y cualquier otra documentación relacionada con la valoración del riesgo y los procedimientos aplicados por el actuario, en apego al presente estándar, deben ser resguardadas por la entidad que la aplique y estar disponibles para fines de consulta, seguimiento y auditoría.”

ANEXO 5.4.2.-a.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 _____".

ANEXO 5.4.2.-a.2**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 5 (cinco) 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 5.4.2.-a.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

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sexo

Edad

Estado Civil

Nacionalidad

Ciudad y Estado de Nacimiento

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

Datos laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores	Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	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?					Si () No ()
Seguros expedidos (en vigor o cancelados)					
Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual	
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si () No () En caso afirmativo ¿Por qué motivo?					

Cuestionario Médico

Peso _____ kg Talla _____ cm

Fuma

Si No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. *Diabetes*

Si No

2. *Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma*

Si No

3. *Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus*

Si No

4. *Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática*

Si No

5. *Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón*

Si No

6. *Insuficiencia renal o pancreatitis*

Si No

7. *Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral*

Si No

8. *VIH, SIDA o seropositivo al VIH*

Si No

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

AUTORIZACIÓN

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

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

*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto 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 5.4.2.-a.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 PRODUCERON 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
<hr/> FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			

ANEXO 5.4.2-a.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:		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		DÍA		MES		AÑO	
CAUSA DE FALLECIMIENTO:													
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:						FECHA		DÍA		MES		AÑO	
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U 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		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
LUGAR Y FECHA:													

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO

ANEXO 5.4.2-b.1

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

Tarificación

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 | 42. FRUTERO | 80. PELETERO O CURTIDOR |
| 2. ABOGADO | 43. FRUTICULTOR | 81. PERIODISTA |
| 3. ACTUARIO | 44. GEOLOGO | 82. PETROLERO |
| 4. AGENTE DE COMPRAS | 45. GRABADOR | 83. PINTOR DE MUEBLES,
VENTANAS Y CASAS,
ETC. |
| 5. ALCALDE | 46. GUIA DE TURISTAS | 84. PLATERO |
| 6. ALFARERO | 47. HERRERO | 85. PLOMERO |
| 7. AMA DE CASA | 48. HOJALATERO | 86. PROFESOR |
| 8. ANTICUARIO | 49. HORTELANO | 87. PUBLICISTA |
| 9. ARCHIVISTA | 50. HOTELERO | 88. PULIDOR DE PISOS Y
MUEBLES |
| 10. ARQUITECTO | 51. IMPRESOR | 89. QUESERO |
| 11. ARTESANO | 52. INGENIERO | 90. RADIO-FABRICANTE |
| 12. AUDITOR | 53. INSTRUMENTISTA | 91. RADIO-OPERADOR |
| 13. AVICULTOR | 54. JABONERO | 92. RELOJERO |
| 14. BANQUERO | 55. JOYERO | 93. RENTISTA |
| 15. BIBLIOTECARIO | 56. LAVADOR DE ROPA | 94. SACERDOTE |
| 16. CAJERO | 57. EMPLEADO DE
LABORATORIO | 95. SALINERO |
| 17. CONTADOR | 58. LECHERO PROPIETARIO | 96. SASTRE |
| 18. CONTRATISTA | 59. LECHERO O
REPARTIDOR EN
ESTABLO | 97. SOMBRERERO |
| 19. COMPOSITOR | 60. LIBRERO | 98. TABAQUERO |
| 20. CORRESPONSAL | 61. LINOTIPISTA | 99. TALABARTERO |
| 21. COSTURERA | 62. LOCUTOR | 100. TAPICERO |
| 22. DECORADOR | 63. MADERERO | 101. TELEFONISTA,
OPERADOR,
INSTALADOR Y TECNICO |
| 23. DIBUJANTE | 64. MANICURISTA | 102. TELEGRAFISTA |
| 24. DIPLOMATICO | 65. MAESTRO DE
ESCUELA(S) | 103. TEJEDOR |
| 25. DISEÑADOR | 66. MAYORDOMO | 104. TENDERO |
| 26. DULCERO | 67. MECANICO | 105. TINTORERO |
| 27. EDITOR | 68. MENSAJERO | 106. TOPOGRAFO |
| 28. EMBAJADOR | 69. METEOROLOGO | 107. TORNERO |
| 29. EMBOTELLADOR (vinos,
cerveza, refrescos) | 70. MINERO | 108. TROQUELADOR |
| 30. EMPACADOR (de carne) | 71. MODISTA | 109. VALUADOR |
| 31. ENCUADERNADO | 72. MOLINERO | 110. VETERINARIO |
| 32. ESCULTOR | 73. MUEBLERO | 111. VIDRIERO |
| 33. ESTEREOTIPISTA | 74. MUSICO DE SINFONICA | 112. VITIVINICULTOR |
| 34. ETNOLOGO | 75. OCULISTA | 113. VULCANIZADOR |
| 35. FARMACEUTICO | 76. OFICINISTA | 114. ZAPATERO |
| 36. FERROCARRILERO | 77. OPTOMETRISTA | |
| 37. FISICO | 78. PAGADOR | |
| 38. FLORISTA | 79. PANADERO | |
| 39. FORRAJERO | | |
| 40. FOTOGRAFADOR | | |
| 41. FOTOGRAFO | | |

SUPERVISANDO

1. MESERO

SIN MANEJO DE HERRAMIENTA

1. CAJISTA

OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES

1. ARREGLISTA (MUSICA)

RIESGO B:

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

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

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

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

DESPLAZANDOSE CON MUCHA FRECUENCIA**EN LA CALLE**

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

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

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|--------------------|
| 1. APICULTOR | 8. ENFERMERA | 13. MESERO |
| 2. BACTERIOLOGO | 9. FISICOTERAPISTA | 14. MISIONERO |
| 3. BIOLOGO | 10. FOTOGRAFO
PERIODISTA | 15. MODELO |
| 4. BOTANICO | 11. MATERIALISTA | 16. PEDICURISTA |
| 5. CRIADO DOMESTICO | 12. MEDICO DE
CONSULTORIO | 17. PEINADORA |
| 6. CULTORA DE BELLEZA | | 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 | 8. ALFARERO | 15. AVICULTOR |
| 2. ABOGADO | 9. ANESTESIOLOGO | 16. BAILARIN |
| 3. AGENTE DE COMPRAS | 10. ANTICUARIO | 17. BOTANICO |
| 4. AGENTE DE VENTAS | 11. APARADORISTA | 18. CARPINTERO |
| 5. AGRICULTOR | 12. ARQUITECTO | 19. CARTERO |
| 6. AJUSTADOR DE SEGUROS | 13. ARTESANO | 20. CERRAJERO |
| 7. ALCALDE | 14. AUDITOR | 21. CIRUJANO |

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

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

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

SUPERVISANDO

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

SIN MANEJO DE HERRAMIENTA

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

CON MANEJO DE HERRAMIENTA

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

CON MANEJO DE MAQUINARIA LIGERA OTROS EMPLEOS O ACTIVIDADES

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. AVICULTOR 2. COSTURERA 3. IMPRESOR | <ol style="list-style-type: none"> 1. ARTISTA, radio, TV, cine y teatro (Extras consideración individual) 2. GEOLOGO 3. MASAJISTA 4. MESERO 5. SEPULTURERO 6. TENISTA PROFESIONAL 7. TOPOGRAFO |
|---|---|

CON MANEJO DE MAQUINARIA PESADA

1. DULCERO

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 _____.”

ANEXO 5.4.2-b.2**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 sobreviniese 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, aun 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 5.4.2-b.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

Día	Mes	Año

Sexo

M	<input type="checkbox"/>
H	<input type="checkbox"/>

Edad

--

Estado Civil

--

Nacionalidad

--

Ciudad y Estado de Nacimiento

--

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 M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	---	--------------------	---------------------

Domicilio Particular

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

DATOS DEL PLAN

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 5.4.2-b.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:		LUGAR DE NACIMIENTO:			
				DÍA MES AÑO					
NACIONALIDAD:		OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:							
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:									
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑIAS 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		DÍA MES AÑO	
CAUSA DE FALLECIMIENTO:									
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:						FECHA		DÍA MES AÑO	
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:									
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:								No. DE ACTA MP	
NOTA: COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, A QUE OTORGUEN A (NOMBRE DE LA CÍA) TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ÉSTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES. PARA TALEFECTO, EN ESTE CASO RELEVIO 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.									
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO	
DOMICILIO:									
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO:						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO	
DOMICILIO:									
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO:						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO	
DOMICILIO:									
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
DOMICILIO:						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA MES AÑO	
DOMICILIO:									
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 _____.

ANEXO 5.4.2-c.1

LOGOTIPO

PRODUCTO BASICO GASTOS MEDICOS

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

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General Vigente 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 del área de trabajo social.

Exclusiones (Numeral 5 de las Condiciones Generales)

- a. Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.
- b. Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.
- c. Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.
- d. Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aun y cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e. Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado 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 Colecistectomía

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 _____".

ANEXO 5.4.2-c.2**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		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Litotripsia	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Apendicectomía	Aplican Exclusiones ¹	5 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Fractura de Huesos	Excepto pies, manos y nariz.	1 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica
Indemnización por Enfermedades de Alta Severidad	Cáncer	Cáncer de Piel e In situ, son excluidos.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Sida	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	4 años
	Infarto Cardíaco Agudo y Cirugías de Corazón	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Derrame o Infarto Cerebral	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	3 meses
	Politraumatismos	Aplican Exclusiones ¹	20 SMMGVDF		Públicos y Privados	No*	No aplica

SMMGVDF, Salario Mínimo Mensual General Vigente 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, fistulas y fisuras rectales o prolapso 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 cual será máximo de 2(dos) días.

b. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

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

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

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

Quedan excluidas las Fracturas de Huesos del pie, las manos y la nariz.

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

6. Pago de Indemnizaciones

6.1 Límites de Indemnizaciones

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

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

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

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

EVENTO	DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO	SUMA ASEGURADA
Indemnizaciones	De acuerdo a 4.b.1 Fractura de Huesos	1 SMMGVDF*
	De acuerdo a 4.b.2 Colecistectomía Litiasis Apendicectomía	5 SMMGVDF*
	Cáncer 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	20 SMMGVDF*

* 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 5.4.2-c.3
SOLICITUD SEGURO INDIVIDUAL/FAMILIAR
DE GASTOS MEDICOS

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 5.4.2-c.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 PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑIA? ESTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	INDIQUE NUMERO. DE SINIESTRO:
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO DIAS DE ESTANCIA:	TIPO DE HOSPITAL: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PUBLICO
PERIODO DE ESTANCIA: (DESDE Y HASTA)	NUMERO DIAS DE ESTANCIA:

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

DOCUMENTOS A PRESENTAR:	
1. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO).	
2. EL COMPROBANTE DEL HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO CON DIAGNOSTICO Y NUMERO DE DIAS DE ESTANCIA (ALTA HOSPITALARIA).	
3. FACTURAS POR EL MONTO DE LOS GASTOS MEDICOS EROGADOS POR LA ATENCION DEL ASEGURADO, QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS FISCALES APLICABLES (SOLO PARA EL CASO DE HOSPITALIZACION EN HOSPITALES PRIVADOS).	
4. EN SU CASO, INTERPRETACION DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS O DE GABINETE.	
5. COPIA DE LA ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO O ATENCION RECIBIDA DE LA INSTITUCION (EN CASO DE ACCIDENTE).	
6. INFORMES MEDICOS CORRESPONDIENTES DETALLADOS DONDE INDIQUE LA PARTICIPACION DEL MEDICO TRATANTE (NOTAS MEDICAS DEL HOSPITAL).	
7. COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FISICA.	
8. LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS EN LOS QUE EL MEDICO TRATANTE CERTIFIQUE EL DIAGNOSTICO.	
NOTA:	
AUTORIZO A LOS MEDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLINICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/ O DIAGNOSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESION Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A LA 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.	
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 5.4.2-c.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)
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	EDAD: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERNATALES (SI ES NECESARIO)
PADECIMIENTO ACTUAL	
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS	
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO
	FECHA DIAGNÓSTICO DIA 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 CONFIRMEN 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 _____

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

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

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

ANEXO 5.4.2-d.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 _____."

ANEXO 5.4.2-d.2**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. DESCRIPCIÓN 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."

ANEXO 5.4.2-d.3

Solicitud

Logotipo

Seguro Individual/Familiar de Salud

Solicitud No. _____

Fecha _____

I. DATOS DEL CONTRATANTE

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

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

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

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

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

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada 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 cigarrillos 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 5.4.2-d.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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO	Nacionalidad	Fecha de Alta en esta póliza		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO
Ocupación	Ciudad y Estado		TELEFONO		
¿Tiene o ha tenido alguna cobertura de gastos médicos o programa de Salud con otra compañía			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, por favor indique con que compañía			No. de Póliza		

DATOS DEL EVENTO

En caso de que el gasto 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		Estudios de Laboratorio	
No. de Recibo	Cantidad	No. de Recibo	Cantidad
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 _____".

(Continúa en la Sexta Sección)