

The background consists of several overlapping geometric shapes. A large dark green triangle is on the left, pointing towards the top right. A light green triangle is on the right, pointing towards the top left. A red triangle is positioned between the two green triangles, pointing towards the top. A light grey triangle is on the left, pointing towards the top right, overlapping the dark green triangle.

Condiciones Generales
SEGURO DE VIDA
GRUPO TRADICIONAL

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
DEFINICIONES	4
CLÁUSULA 1ª COBERTURA BÁSICA	7
CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES	7
CLÁUSULA 3ª VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	11
CLÁUSULA 4ª MODIFICACIONES	11
CLÁUSULA 5ª ACEPTACIÓN DEL CONTRATO Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO DE SEGURO.....	12
CLÁUSULA 6ª EDAD.....	12
CLÁUSULA 7ª AJUSTE POR EDAD	12
CLÁUSULA 8ª ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS	12
CLÁUSULA 9ª RENOVACIÓN DEL CONTRATO	13
CLÁUSULA 10ª AVISO DEL SEGURO	13
CLÁUSULA 11ª PRIMA	13
CLÁUSULA 12ª PRIMA DE TARIFA NO DEVENGADA	15
CLÁUSULA 13ª SUICIDIO	15
CLÁUSULA 14ª INDISPUTABILIDAD	15
CLÁUSULA 15ª BENEFICIARIO	15
CLÁUSULA 16ª LIMITACIÓN EN LA INTERMEDIACIÓN	16
CLÁUSULA 17ª MONEDA.....	16
CLÁUSULA 18ª PRESCRIPCIÓN.....	16
CLÁUSULA 19ª OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	17
CLÁUSULA 20ª PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	17
CLÁUSULA 21ª COMPETENCIA	18
CLÁUSULA 22ª INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	18
CLÁUSULA 23ª INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO.....	18
CLÁUSULA 24ª. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	18
CLÁUSULA 25ª USO DE EQUIPOS, MEDIOS ELECTRÓNICOS, ÓPTICOS O DE CUALQUIEROTRA TECNOLOGÍA	19
CLÁUSULA 26ª COMUNICACIONES.....	20

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

CLÁUSULA 27ª COPIA DE POLIZA O CERTIFICADO	20
CLÁUSULA 28ª AVISO DE PRIVACIDAD.....	20
CONCENTRADO DE ARTÍCULOS DE LA LEY	20
I. Ley Sobre el Contrato de Seguro	20
II. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.....	22
III. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.....	28

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

INTRODUCCIÓN

HDI SEGUROS, S.A. de C.V., en adelante denominada la *Compañía*, de acuerdo con las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Tradicional y, en consideración a las declaraciones hechas por el solicitante de este seguro –documentos que constituyen el contrato–, pagará al *Beneficiario* la *Suma Asegurada* designada en la carátula de la Póliza, al actualizarse cualquiera de los riesgos cubiertos, mientras esta *Póliza* y su *Certificado Individual* se encuentren en vigor al momento del *Siniestro*.

El presente documento comprende las Condiciones Generales de su seguro de Vida Grupo Tradicional, las cuales regirán los derechos y obligaciones entre usted y la *Compañía*.

Es muy importante que el *Asegurado* y el *Contratante* exijan a su Agente de Seguros le explique los alcances de las presentes Condiciones Generales, así como los demás términos y condiciones que aparecen en su *Póliza*.

DEFINICIONES

ACCIDENTE

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la muerte del *Asegurado* o lesiones corporales en su persona.

ASEGURADO

Persona que firma el consentimiento y es miembro directo del *Grupo* asegurado y se encuentra amparada por los riesgos cubiertos en la *Póliza*.

BENEFICIARIO

Persona designada en el *Certificado Individual* por el *Asegurado* como titular de los derechos indemnizatorios.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento que describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la *Póliza* cada integrante del *Grupo*, en el que se contiene al menos:

- a) El nombre completo y edad del *Asegurado*,
- b) las coberturas contratadas,
- c) las sumas aseguradas,
- d) el nombre del *Beneficiario* y,
- e) el nombre del *Contratante*.

COMPAÑÍA

HDI SEGUROS, S.A. de C.V.

CONDICIONES GENERALES

Documento que se entrega junto con la *Póliza* en el que se asientan:

- a) Las definiciones (categorías utilizadas en el *Contrato de Seguro*),
- b) las cláusulas (acuerdos del *Contrato de Seguro*),
- c) las coberturas (riesgo(s) específico(s) que cubre el *Contrato de Seguro*) y
- d) las exclusiones de responsabilidad para la *Compañía*.

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

CONSEJO DE MÉDICOS

Grupo integrado por dos médicos elegidos por el *Asegurado*, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la *Compañía*. Si el *Asegurado* lo desea, él podrá proponer un tercer médico, con el único requisito de que sea médico titulado con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

Documento donde cada integrante del *Grupo* hace explícito su acuerdo de estar asegurado, asimismo describe las condiciones bajo las cuales ha quedado asegurado en la *Póliza* cada integrante y la designación de *Beneficiarios*.

Todos los *Consentimientos Individuales* se entregan al *Contratante* quien a su vez los hará llegar a cada *Asegurado*.

CONTRATANTE

Persona con quien la *Compañía* celebra el *Contrato de Seguro*.

CONTRATO DE SEGURO

Contrato conformado por:

- 1) la *Solicitud*,
- 2) las presentes *Condiciones Generales*,
- 3) la *Póliza* (con sus *Endosos* –si los hubiera-),
- 4) el *Consentimiento Individual*,
- 5) el *Certificado Individual*,
- 6) la *Relación de Asegurados* (anexa a la *Póliza*).

Bajo este *Contrato de Seguro* quedan amparados todos los *Asegurados* que integran la *Póliza*.

COVID 19

Enfermedad catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandémica llamada COVID-19 o bien SARS-COV2.

CULPA GRAVE

Accidente en que el *Asegurado* resulte responsable, de acuerdo con el dictamen de las autoridades competentes.

ENDOSO

Texto dentro de la *Póliza* o documento anexo a la misma que modifica, previo acuerdo entre el *Contratante* y la *Compañía*, las condiciones del *Contrato de Seguro*. Todo *Endoso* deberá llevar la firma de la *Compañía*.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Todo trastorno de la salud debido a causas anormales, internas o externas, que amerite tratamiento médico-quirúrgico.

ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará para este seguro cualquiera que se encuentre dentro de los siguientes puntos:

- a) Que haya sido declarada antes de la celebración del contrato de seguro, o;
- b) que exista un expediente médico o resumen clínico, emitido por un médico autorizado en el que se determine la existencia de la enfermedad previa a la celebración del contrato de seguro, o;
- c) que exista un diagnóstico mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la celebración del contrato de seguro, o;
- d) 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 que se trate.

GRUPO

Integrantes de una misma empresa o conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente al *Contrato del Seguro* que cumplen con las características especificadas por el *Contratante en la Solicitud* y han otorgado su consentimiento expreso para ser *Asegurados* y se han considerado para el cálculo de la *Prima* de la *Póliza*.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La pérdida total de facultades o actividades de una persona, cuyo origen sea derivado de un *Accidente* o *Enfermedad* o *Padecimiento* y que le imposibilite desempeñar el trabajo para el cual esté preparado, de acuerdo con su educación, capacitación y experiencia, por el resto de su vida.

PERIODO DE GRACIA

Lapso que tiene el *Contratante* para liquidar la *Prima* correspondiente. Este *Período de Gracia* aparece indicado en los recibos de pago.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

PÓLIZA

Documento que contiene los derechos y obligaciones de las partes y en el que asientan:

- a) Los nombres y domicilios de las partes,
- b) la firma de la *Compañía*,
- c) las coberturas amparadas
- d) la *Suma Asegurada*,
- e) la *Vigencia del Contrato de Seguro*,
- f) la *Prima del Contrato de Seguro*.

PRIMA

Cantidad monetaria que deberá liquidar el *Contratante* a la *Compañía* como parte de sus obligaciones en el *Contrato de Seguro*.

RECIBO DE PAGO

Documento en el que se establece la *Prima* que deberá pagar el *Contratante*. En el *Recibo de Pago* se especifica el período que se cubre con la *Prima* por pagar y la fecha de vencimiento del pago.

RELACIÓN DE ASEGURADOS

Listado que incluye el nombre completo de los *Asegurados*, las coberturas contratadas y la fecha de alta.

SINIESTRO

Realización de la eventualidad prevista en este *Contrato de Seguro* y que es amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta *Póliza*.

SOLICITUD

Documento indispensable – acompañado por el *Consentimiento Individual* de cada integrante del *Grupo*– para la emisión de la *Póliza*, el cual deberá ser llenado y firmado por el *Contratante*.

SUMA ASEGURADA

Límite máximo de responsabilidad que tiene la compañía con cada *Asegurado* por las coberturas contratadas.

VIGENCIA

Período pactado de cobertura amparado por el *Contrato de Seguro*.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

CLÁUSULA 1ª COBERTURA BÁSICA

La *Compañía* pagará a los *Beneficiarios* designados en el *Certificado Individual*, la *Suma Asegurada* contratada en la *Póliza* al ocurrir el fallecimiento del *Asegurado*.

CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES

Las siguientes coberturas serán amparadas, siempre y cuando así aparezcan en la *Póliza*, por haber sido aceptados previamente por la *Compañía* y mediante la obligación del pago de la *Prima* correspondiente por parte del *Asegurado*.

2.1. MUERTE ACCIDENTAL (MA)

En caso de aparecer como amparada dentro de la carátula de la *Póliza*, la *Compañía* pagará a los *Beneficiarios* designados en el *Certificado Individual*, la *Suma Asegurada* contratada para esta *Cobertura Opcional* en caso de fallecimiento del *Asegurado* por *Accidente*.

2.2. MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (MAPOA)

En caso de aparecer como amparada dentro de la carátula de la *Póliza*, la *Compañía* pagará a los *Beneficiarios* designados en el *Certificado Individual*, la *Suma Asegurada* contratada para esta *Cobertura Opcional* en caso de fallecimiento del *Asegurado* por *Accidente*.

En adición a lo descrito en el párrafo anterior, si a consecuencia de un *Accidente* o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de este, el *Asegurado* sufre pérdidas orgánicas, la *Compañía* pagará al *Asegurado* el porcentaje de la *Suma Asegurada* contratada para esta cobertura, de acuerdo con la tabla siguiente:

Muerte accidental	100%
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista al 100% de ambos ojos.....	100%
Una mano y un pie.....	100%
Una mano y la vista al 100% de un ojo.....	100%
Un pie y la vista al 100% de un ojo.....	100%
Una mano o un pie	50%
La vista al 100% de un ojo.....	30%
El pulgar de cualquier mano.....	15%
El índice de cualquier mano.....	10%

EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS OPCIONALES 2.1. MUERTE ACCIDENTAL (MA) Y 2.2. MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (MAPOA)

Queda entendido y convenido que las Coberturas Opcionales 2.1. Muerte Accidental (MA) y 2.2. Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas por Accidente (MAPOA) en ningún caso amparan, ni se refieren a:

1. Tratamientos médicos o quirúrgicos.
2. Muerte y/o lesiones sufridas por el *Asegurado* en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
3. Muerte y/o lesiones sufridas por el *Asegurado* en actos delictivos, cuando sea el sujeto activo.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

4. Muerte y/o lesiones sufridas por el Asegurado al participar en una riña, aun cuando no haya sido el provocador.
5. Muerte y/o lesiones en Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.
6. Muerte y/o lesiones en Accidentes que sufra el Asegurado durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el Asegurado de forma activa.
7. Muerte y/o lesiones sufridas por el Asegurado al participar en eventos o actividades relacionados con deportes extremos: aéreos, acuáticos, de nieve, y de tierra, tales como: paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, uso de parapente, motonáutica, pesca, buceo, navegación submarina, esquí sobre agua o sobre nieve, tauromaquia, alpinismo, charrería, o lesiones sufridas en uso de vehículos motorizados tales como motocicletas, motonetas, cuatrimotos.
8. Muerte y/o lesiones que sufra el Asegurado como consecuencia de radiaciones atómicas.
9. Muerte y/o lesiones que sufra el Asegurado por Culpa Grave incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica.
10. Lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado o por algún Beneficiario, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
11. Enfermedades preexistentes.
12. Muerte y/o lesiones que sufra el Asegurado como consecuencia de intoxicación o inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.

2.3. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)

En caso de aparecer como amparada dentro de la carátula de la *Póliza*, la *Compañía* pagará al *Asegurado*, seis meses después de la fecha en que se dictamine al *Asegurado* la *Invalidez Total y Permanente*, la *Suma Asegurada* contratada para esta *Cobertura Opcional*.

A fin de determinar la *Invalidez Total y Permanente* se requerirá que esta haya sido continua durante un período de espera de seis meses, el cual será evaluado de la siguiente manera:

1. Si el *Asegurado* pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de dictamen de *Invalidez Total y Permanente* emitido por alguno de estos organismos.
2. La declaración de invalidez del *Asegurado* por parte de algún organismo privado, tendrá para la *Compañía* un valor meramente informativo y referencial.
3. En caso de no pertenecer a alguno de los institutos públicos señalados en el punto No. 1, se solicitará un dictamen a un médico certificado en la especialidad de medicina del trabajo.
4. En caso de controversia, la *Invalidez Total y Permanente* deberá ser evaluada por un *Consejo de Médicos* titulados con la especialidad de medicina del trabajo y en ejercicio de su profesión, avalado tanto por el *Asegurado* como por la *Compañía*. Es importante hacer mención que el médico de la *Compañía* que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.
5. La *Compañía* podrá exigirle al *Asegurado* las pruebas necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios. En este caso, la *Compañía* analizará la *Invalidez Total y Permanente* del *Asegurado*, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente, conforme a los conceptos especificados en la definición de *Invalidez Total y Permanente* enunciada en el apartado de **DEFINICIONES** de las presentes Condiciones Generales. El *Asegurado* se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la *Compañía* relacionadas con la reclamación de invalidez, y por ello autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la *Compañía*.

6. En cualquiera de los dos casos anteriores se considerarán supuestos de *Invalidez Total y Permanente* la pérdida total e irreparable de:
- Ambas manos.
 - Ambos pies.
 - La vista al 100% (cien por ciento) de ambos ojos.
 - Una mano y la vista al 100% (cien por ciento) de un ojo.
 - Un pie y la vista al 100% (cien por ciento) de un ojo.
 - Una mano y un pie.
 - La audición al 100% (cien por ciento) en ambos oídos.

Se entenderán por pérdidas lo siguiente:

- a) Pérdida de la mano: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del puño o desde arriba de la articulación del puño.
 - b) Pérdida del pie: por anquilosis o por separación completa desde la articulación del tobillo o desde arriba de la articulación del tobillo.
 - c) Pérdida de la vista de un ojo: por desaparición completa e irreparable de la función de la vista al 100% (cien por ciento) en un ojo.
 - d) Pérdida de la audición (hipoacusia bilateral).
7. Una vez finalizado el período de espera de seis meses, desde el inicio de la incapacidad y **siempre y cuando el Asegurado hubiere proporcionado en su totalidad la documentación requerida**, la *Compañía* determinará en un máximo de 30 (treinta) días si ha ocurrido la *Invalidez Total y Permanente*.
8. Si la *Invalidez Total y Permanente* es declarada por cualquier causa referente al punto 6 (seis) anterior, no procederá el período de espera de seis meses.
9. **Esta cobertura quedará cancelada automáticamente para el Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la *Compañía*, cuando se haya pagado el 100% de la *Suma Asegurada* contratada.**

APARTADOS DE LA COBERTURA OPCIONAL 2.3. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)

APARTADO 1. Edad

Los límites de admisión fijados por la *Compañía* para esta *Cobertura Opcional* son de 18 (dieciocho) años como mínimo y 65 (sesenta y cinco) años como máximo. **Esta cobertura quedará cancelada automáticamente cuando en el aniversario de la *Póliza*, el Asegurado tenga cumplidos 66 (sesenta y seis) años.** La fecha de nacimiento del *Asegurado* deberá comprobarse legalmente una sola vez cuando la *Compañía* lo solicite y quedará constatada en la *Póliza* o en cualquier otro comprobante.

APARTADO 2. Pruebas

Los documentos que deberán presentarse a la *Compañía* para la procedencia de esta *Cobertura Opcional*, además del dictamen de *Invalidez Total y Permanente* son:

1. Si el *Asegurado* pertenece al IMSS, ISSSTE o cualquier institución pública facultada, se tomará en consideración el formato de dictamen de *Invalidez Total y Permanente* emitido por alguno de estos organismos.
2. En caso de no pertenecer a alguno de los institutos públicos señalados en el punto No. 1 (uno), se solicitará un dictamen a un médico certificado en la especialidad de medicina del trabajo.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

3.El dictamen de *Invalidez Total y Permanente* deberá presentarse con los estudios de laboratorio y gabinete que respalden el dictamen.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA OPCIONAL 2.3. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (PASI)

Queda entendido y convenido que la Cobertura Opcional 2.3. *Invalidez Total y Permanente (PASI)* en ningún caso ampara, ni se refiere a:

1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio *Asegurado*.
2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, en alborotos populares o en actos de insurrección.
3. Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales cometidos por el *Asegurado*.
4. *Accidentes* que ocurran mientras el *Asegurado* se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando él viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
5. *Accidentes* que ocurran por participación directa del *Asegurado* durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el *Asegurado* de forma activa.
6. *Accidentes* que ocurran mientras el *Asegurado* haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
7. *Accidentes* que ocurran mientras el *Asegurado* se encuentre realizando actividades de esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre/acuático, fútbol americano o ciclismo.
8. Lesiones recibidas al participar el *Asegurado* en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
9. Padecimientos mentales.
10. Lesiones que sufra el *Asegurado* causadas por *Culpa Grave* de este, incluyéndose las causadas estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar, cuyo consumo haya estado fuera de vigilancia o prescripción médica.
11. Envenenamiento, excepto si fuese de manera accidental.
12. Estado de invalidez total y permanente originado por cualquier enfermedad.

2.4. GASTOS FUNERARIOS (GF)

En caso de aparecer como amparada dentro de la carátula de la *Póliza*, la *Compañía* pagará a los *Beneficiarios* designados en el *Certificado Individual* en concepto de gastos funerarios, la *Suma Asegurada* contratada para esta Cobertura Opcional en caso de fallecimiento del *Asegurado*.

APARTADO DE LA COBERTURA OPCIONAL 2.4. GASTOS FUNERARIOS (GF)

Para la procedencia de esta Cobertura Opcional se requerirá que los *Beneficiarios* presenten a la *Compañía* la siguiente documentación:

- *Certificado individual* de la *Póliza*, si existiera o si lo tuviera.
- Original de certificado de defunción del *Asegurado*.
- Original del acta de nacimiento del *Asegurado*.
- Copia de identificación del *Asegurado*, si existiera o si la tuviera.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

- Copia de identificación de los *Beneficiarios*.
- Comprobante de domicilio de los *Beneficiarios*.

2.5. FALLECIMIENTO POR COVID 19 (COVID 19)

En caso de aparecer como amparada dentro de la carátula de la *Póliza*, la *Compañía* pagará a los *Beneficiarios* designados en el *Certificado Individual*, la *Suma Asegurada* contratada, en caso de que el *Asegurado* fallezca a causa de haber contraído *COVID 19*.

APARTADO DE LA COBERTURA OPCIONAL 2.5. FALLECIMIENTO POR COVID 19 (COVID 19)

A fin de determinar que la muerte del *Asegurado* haya sido a causa de haber contraído *COVID 19* se requerirá que los *Beneficiarios* presenten a la *Compañía* la siguiente documentación:

- *Certificado individual* de la *Póliza*, si existiera o si lo tuviera.
- Original de certificado de defunción del *Asegurado*.
- Original del acta de nacimiento del *Asegurado*.
- Copia de identificación del *Asegurado* y presentación del original para cotejo, si existiera o si la tuviera.
- Copia de identificación de los *Beneficiarios* y presentación del original para cotejo.
- Comprobante de domicilio de los *Beneficiarios*.
- Original de la Certificación médica de *COVID 19*.

La certificación médica en la que conste el fallecimiento derivado de *COVID 19*, deberá estar acompañado de los estudios de laboratorio (dicho laboratorio avalado por las autoridades de salud competentes) en los que aparezca, que el *Asegurado* dio positivo a las pruebas de *COVID 19*.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA OPCIONAL 2.5. FALLECIMIENTO POR COVID 19 (COVID 19).

Queda entendido y convenido que la Cobertura Opcional 2.5. Fallecimiento por *Covid 19 (COVID 19)* en ningún caso ampara, ni se refiere a:

1. *Enfermedades o Padecimientos Preexistentes*.
2. Fallecimientos en los que no conste dentro de la certificación médica que la muerte se causó por haber contraído *COVID 19*.

CLÁUSULA 3ª VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

Salvo pacto en contrario, la *Vigencia del Certificado Individual* será desde las 12:00 (doce) horas de la fecha de alta hasta las 12:00 (doce) horas del día indicado para la finalización de la cobertura de la *Póliza*.

CLÁUSULA 4ª MODIFICACIONES

La *Póliza* y sus *Condiciones Generales*, solo podrán modificarse previo acuerdo entre el *Contratante* o el *Asegurado* con la *Compañía*. Estas modificaciones deberán hacerse constar por escrito a través de endosos expedidos por la *Compañía*. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la *Compañía* carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones. Para el caso de realizarse modificaciones a las presentes *Condiciones Generales*, estas deberán previamente registrarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

CLÁUSULA 5ª ACEPTACIÓN DEL CONTRATO Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la *Póliza* o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el *Asegurado* podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la *Póliza*. Transcurrido este plazo, se considerará aceptada la *Póliza* y sus modificaciones si las hubiera (**Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

CLÁUSULA 6ª EDAD

La edad de aceptación de los *Asegurados* para la Cobertura Básica descrita en la **CLÁUSULA 1ª COBERTURA BÁSICA** y las Coberturas Opcionales 2.1. Muerte Accidental (MA); 2.2. Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas por Accidente (MAPOA); 2.4. Gastos Funerarios (GF) y; 2.5. Fallecimiento por *Covid 19* (COVID 19) descritas en la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** es de 18 (dieciocho) años como mínima y de 70 (setenta) años como máxima.

Mientras tanto, la edad de aceptación de los *Asegurados* para la Cobertura Opcional 2.3. Invalidez Total y Permanente (PASI) descrita en la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** es de 18 (dieciocho) años como mínimo y 65 (sesenta y cinco) años como máximo.

Se considera como edad del *Asegurado* la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de *Vigencia* del Contrato de Seguro. La fecha de nacimiento del *Asegurado* deberá comprobarse una sola vez cuando la *Compañía* lo solicite y quedará constancia en la *Póliza* o en cualquier otro comprobante.

CLÁUSULA 7ª AJUSTE POR EDAD

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

CLÁUSULA 8ª ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

a) Altas

Mientras esté en vigor el *Contrato de Seguro*, la *Compañía* incluirá bajo la protección de la *Póliza* nuevos miembros al *Grupo* de acuerdo con la *Relación de Asegurados*. El *Contratante* se obliga a solicitar por escrito a la *Compañía* el nuevo ingreso de *Asegurados* y para ello, la *Compañía* deberá contar con la *Solicitud* y el *Consentimiento Individual* debidamente requisitados por el miembro que se va a asegurar.

Las personas que ingresen al *Grupo* con posterioridad a la celebración del *Contrato de Seguro* y que hayan dado su *Consentimiento Individual* para ser *Asegurados* dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la *Póliza*, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del *Grupo*.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al *Grupo* con posterioridad a la celebración del *Contrato de Seguro* y que hayan dado su *Consentimiento Individual* después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la *Compañía*, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la *Póliza*.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

Cuando la *Compañía* exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos, para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo, se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la *Póliza*.

b) Bajas.

Causarán baja de la *Póliza* las personas que hayan dejado de pertenecer al *Grupo*. El *Contratante* deberá informar la baja inmediatamente, por escrito, a la *Compañía*. Queda entendido que el *Contrato de Seguro* cesará para estas personas desde el momento de su separación. **Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la *Compañía* –a causa de omisión o negligencia en el aviso de baja– obliga al *Contratante* a reintegrar ese pago a la *Compañía*.** En su caso, no se considerarán separados definitivamente los *Asegurados* que sean jubilados o pensionados y, por lo tanto, continuarán dentro de la *Póliza* hasta la terminación del periodo de la *Póliza* en curso.

Las personas que se separen definitivamente del *Grupo* dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el *Certificado Individual* expedido. En este caso, la *Compañía* restituirá la parte de la *Prima* neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

CLÁUSULA 9ª RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La *Compañía* renovará el *Contrato de Seguro* en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las *Primas* de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la *Comisión* en las notas técnicas respectivas.

CLÁUSULA 10ª AVISO DEL SEGURO

El *Contratante* hará saber a los *Asegurados* del *Grupo* la existencia de la *Póliza* y les informará acerca de los beneficios de ella. Al hacerse cualquier pago al *Contratante* con motivo del seguro, este deberá entregar a la *Compañía* el recibo finiquito correspondiente.

CLÁUSULA 11ª PRIMA

11.1. Prima.

De conformidad con lo establecido en el **Artículo 34 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la *Prima* vence y deberá ser pagada en el momento de la celebración del contrato. El período de vigencia del contrato se especifica en la carátula de la *Póliza*.

En caso de *Siniestro*, la *Compañía* deducirá de la indemnización debida al *Contratante* o *Asegurado* el total de la *Prima* pendiente de pago hasta completar la *Prima* correspondiente al período de seguro contratado.

11.2. Pago fraccionado.

El *Asegurado* puede optar por liquidar la *Prima* anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre la *Compañía* y el *Asegurado* en la fecha de celebración del contrato.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

En caso de que se convenga la facilidad de pago de las *Primas* por conducto de la empresa donde preste sus servicios el *Contratante* o *Asegurado* a través del descuento periódico a su salario por este concepto, se considerarán pagadas en la fecha en la que se haga dicho cargo.

11.3. Pago a cargo de cuenta o tarjetas bancarias.

El *Asegurado* puede optar por que el monto de la *Prima* o la fracción correspondiente, en el caso de pago en parcialidades, se realice con cargo a una tarjeta de crédito o débito o a una cuenta bancaria, para lo cual deberá otorgar su autorización por escrito para realizar dicho cargo, obligándose a mantener los saldos suficientes cuando se trate de tarjeta de débito o cuenta bancaria, para cubrir el importe de dicho cargo. En caso de que por causas imputables al *Asegurado* no pueda efectuarse el cargo de la *Prima* correspondiente, el *Contrato de Seguro* cesará en sus efectos en forma automática.

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo, transferencia o depósito, harán prueba plena del mismo hasta en tanto la *Compañía* entregue el comprobante correspondiente.

11.4. Cesación de los efectos del contrato por falta de pago.

Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: Si no hubiese sido pagada la *Prima* o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo **150 Bis** de esta Ley.

En los casos de pago fraccionado, si no hubiera sido pagada la *Prima* correspondiente a parcialidades subsecuentes a más tardar en la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán.

11.5. Condicionamiento para el otorgamiento del servicio.

En términos del **Artículo 35 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, la *Compañía* no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera *Prima* o fracción de ella.

11.6. Rehabilitación.

No obstante, lo dispuesto en los puntos anteriores de la presente cláusula, en cualquier momento, el *Asegurado* podrá proponer por escrito a la *Compañía* la rehabilitación del *Contrato de Seguro*, debiendo para ello:

- a) La *Solicitud* de rehabilitación del seguro deberá ser por escrito dirigido a la *Compañía*.
- b) Se deberá comprobar a la *Compañía* que el *Asegurado* reúne, en la fecha de la *Solicitud*, los requisitos de aseguramiento establecidos por la *Compañía*.
- c) El *Contratante* deberá cubrir las *Primas* en descubierto, los intereses por mora a la tasa de interés pactada, así como cualquier otro adeudo derivado del *Contrato de Seguro*.
- d) El *Contrato de Seguro* se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la *Compañía* comunique por escrito al *Contratante* haber aceptado la propuesta de la rehabilitación correspondiente.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

11.7. Lugar de pago.

Salvo que en el recibo correspondiente a la carátula de la *Póliza* se establezca expresamente un lugar de pago diferente, las *Primas* estipuladas se pagarán, con la periodicidad convenida, en las oficinas de la *Compañía* contra entrega del recibo correspondiente.

CLÁUSULA 12ª PRIMA DE TARIFA NO DEVENGADA

En caso de cancelación de la *Póliza* o de bajas de *Asegurados* mediante un *Endoso*, la *Compañía* devolverá al *Contratante* la *Prima* de tarifa no devengada, la cual se calculará como la *Prima* pagada multiplicada por el siguiente factor de acuerdo con la fecha de baja de *Asegurados* o cancelación de la *Póliza*.

Factor	Número de días entre la fecha de baja
	Número de días de vigencia de la cobertura.

CLÁUSULA 13ª SUICIDIO

La *Compañía* quedará liberada de toda obligación de pago en caso de que la muerte del *Asegurado* ocurra por suicidio –cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del *Asegurado* – dentro de los dos primeros años de haber estado continuamente asegurado. En este caso, el único derecho del *Contratante* será la devolución de la reserva matemática correspondiente.

CLÁUSULA 14ª INDISPUTABILIDAD

El *Contrato de Seguro* será indisputable **excepto durante los dos primeros años de su Vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos que son necesarios conocer -y que deben ser proporcionados por el Asegurado- para la apreciación del riesgo.** Opera para *Asegurados* que formulen su *Solicitud* de seguro 30 días después de haber ingresado al *Grupo*.

CLÁUSULA 15ª BENEFICIARIO

La *Suma Asegurada* de la Cobertura Básica descrita en la **CLÁUSULA 1ª COBERTURA BÁSICA** y de las Coberturas Opcionales 2.1. Muerte Accidental (MA); 2.2. Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas por Accidente (MAPOA); 2.4. Gastos Funerarios (GF) y; 2.5. Fallecimiento por *Covid 19* (COVID 19) descritas en la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** se pagará a los *Beneficiarios* designados por el *Asegurado* en el *Certificado Individual* o a su sucesión legal, según corresponda.

Los *Asegurados* tienen derecho a nombrar o cambiar a sus *Beneficiarios*, siempre que se mantenga el interés asegurable, no se haya cedido y no exista restricción legal, para lo cual, los *Asegurados* deberán notificar el nombramiento o el cambio por escrito a la *Compañía*. La *Compañía* pagará al último *Beneficiario* que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este *Contrato de Seguro*.

Los *Asegurados* podrán renunciar al derecho de cambiar la designación de sus *Beneficiarios*, haciendo una designación irrevocable siempre que lo notifiquen por escrito a los *Beneficiarios* y a la *Compañía* para ser anotado en el *Certificado Individual* respectivo. Si habiendo varios *Beneficiarios* falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del *Asegurado*.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

El *Asegurado* debe designar *Beneficiarios* en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de *Beneficiario* atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio a la indemnización derivada del *Contrato de Seguro*, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este *Contrato de Seguro* y la entregue a otras.

En el caso de que el *Asegurado* desee nombrar *Beneficiarios* a menores de edad, no 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 solo 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*.

Cuando no haya *Beneficiario* designado, la *Suma Asegurada* se pagará a la sucesión legal del *Asegurado*. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el *Beneficiario* y el *Asegurado* mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no se hubiera hecho nueva designación. Cuando existan varios *Beneficiarios*, la parte del que muera antes que el *Asegurado* se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, salvo pacto en contrario.

Los *Beneficiarios* designados tendrán el derecho para cobrar a la *Compañía* la *Suma Asegurada* que les corresponda, de acuerdo con las reglas establecidas en el *Contrato de Seguro* y *Certificado Individual*.

El pago de la *Suma Asegurada* se hará a los *Beneficiarios* en la proporción designada, siempre que hayan llegado con vida al momento del *Siniestro*.

CLÁUSULA 16ª LIMITACIÓN EN LA INTERMEDIACIÓN

Los agentes de seguro con quienes la *Compañía* celebre contratos de intermediación para efectuar la venta de seguros carecen de facultades de representación para aceptar riesgos o suscribir y modificar *Pólizas*.

CLÁUSULA 17ª MONEDA

Todo pago relativo al *Contrato de Seguro* ya sea por parte del *Contratante* o de la *Compañía*, se efectuará en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente, en la fecha de pago. Los pagos se efectuarán en las oficinas de la *Compañía* o ante la institución bancaria autorizada para este fin contra entrega del recibo expedido por la *Compañía*.

CLÁUSULA 18ª PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la Cobertura Básica descrita en la **CLÁUSULA 1ª COBERTURA BÁSICA** y de la Cobertura Opcional 2.5. Fallecimiento por Covid 19 (COVID 19) descrita en la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** prescribirán en 5 (cinco) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

Mientras que las acciones que se deriven del resto de la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** referentes a las coberturas 2.1. Muerte Accidental (MA), así como la 2.2. Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas por Accidente (MAPOA); y de igual forma para la cobertura 2.3. Invalidez Total y Permanente (PASI) y también para la cobertura 2.4. Gastos Funerarios (GF); prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Los plazos señalados no correrán 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.

La prescripción se interrumpirá o suspenderá no sólo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

CLÁUSULA 19ª OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El *Contratante* y los *Asegurados* están obligados a declarar por escrito a la *Compañía*, en la *Solicitud* y en los cuestionarios relativos al *Seguro*, todos los hechos tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del *Contrato de Seguro* que sean importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a la *Compañía* para considerar rescindido, de pleno derecho, el *Contrato de Seguro*, aunque no hayan influido en la realización del *Siniestro*. Opera igualmente para los *Asegurados* que formulen su *Solicitud* de seguro 30 (treinta) días después de haber ingresado al *Grupo*.

CLÁUSULA 20ª PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El *Asegurado*, *Beneficiario* y/o el *Contratante* deberán comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual la *Compañía* tendrá derecho de exigir del *Asegurado*, *Contratante* o del *Beneficiario*, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el *Siniestro*, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

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

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento, omisión o por el reporte equívoco por parte del *Contratante* de un movimiento de baja, alta o cambio, dado a conocer a la *Compañía*, obliga al *Contratante* a reintegrar el pago a la *Compañía*.

Si con posterioridad a un *Siniestro* se descubre que la *Suma Asegurada* que aparece en el *Certificado Individual* no concuerda con la regla para determinarla, la *Compañía* pagará la *Suma Asegurada* que corresponda aplicando la regla en vigor a la fecha del *Siniestro*.

Si la diferencia se descubre antes del *Siniestro*, la *Compañía* por su propio derecho notificando al *Contratante* o a solicitud de este último, hará la modificación correspondiente sustituyendo el *Certificado Individual*. En uno y en otro caso deberá ajustarse la *Prima* a la nueva *Suma Asegurada* desde la fecha en que se operó el cambio.

CLÁUSULA 21ª COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en sus oficinas centrales o en la delegación que se encuentre más próxima al domicilio del *Asegurado* o en la Unidad Especializada de Atención de Usuarios (UNE) de la *Compañía* quien atenderá las consultas o reclamaciones de los usuarios, en los términos de los **Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros** y dentro del término de 5 (cinco) años tratándose de la Cobertura Básica descrita en la **CLÁUSULA 1ª COBERTURA BÁSICA** y de la Cobertura Opcional 2.5. Fallecimiento por Covid 19 (COVID 19) descrita en la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** y, de 2 (dos) años tratándose del resto de las coberturas de la **CLÁUSULA 2ª COBERTURAS OPCIONALES** referentes a las 2.1. Muerte Accidental (MA), así como la cobertura 2.2. Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas por Accidente (MAPOA); y de igual forma para la cobertura 2.3. Invalidez Total y Permanente (PASI) y también para la cobertura 2.4. Gastos Funerarios (GF); contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la *Compañía* a satisfacer las pretensiones del *Asegurado*.

Es prerrogativa del reclamante acudir ante las instancias administrativas a que se refiere esta cláusula o directamente ante el juez que corresponda.

Unidad Especializada De Atención Al Usuario (UNE)

Cualquier duda respecto del producto contratado, puede ser consultada en la Unidad Especializada de Atención al Usuario (UNE) de la *Compañía*: marcando al 800 667 3144, o vía correo electrónico a la siguiente dirección: une@hdi.com.mx.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Av. Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, México, CDMX. Tel 55 5340 0999 y 800 999 8080.
www.condusef.gob.mx.

CLÁUSULA 22ª INDEMNIZACIÓN POR MORA

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 indemnizar, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al *Asegurado* o al *Beneficiario*, una indemnización, por mora, de acuerdo con el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**.

CLÁUSULA 23ª INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO

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 del *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.

CLÁUSULA 24ª ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que este seguro se haya contratado a través de un prestador de servicios a los que se refieren los **artículos 102 primer párrafo y 103, fracciones I y II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**, cuyo cobro de *Prima* se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la *Compañía* está obligada a entregar al *Asegurado* los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

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

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

Si el *Asegurado* no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención la presente cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la *Compañía*, comunicándose al teléfono 800 667 3144; para que, a elección del *Asegurado*, la *Compañía* le haga llegar la documentación en donde consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de correo certificado o correo electrónico.

CLÁUSULA 25ª USO DE EQUIPOS, MEDIOS ELECTRÓNICOS, ÓPTICOS O DE CUALQUIER OTRA TECNOLOGÍA

De conformidad con lo previsto en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, previo consentimiento por escrito del *Asegurado*, la *Compañía* podrá usar equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología en la celebración de sus operaciones y prestación de servicios, incluyendo la expedición electrónica o digital de sus *Pólizas*, así como de sus *Endosos*, o anexos.

El *Asegurado* y/o *Contratante* expresa(n) su consentimiento para que la *Compañía* emita las *Pólizas* y sus *Endosos* o anexos, en forma escrita o a través de medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología válida y no podrán objetar el uso de estos medios u oponerse a los mismos, por lo que en la interpretación y cumplimiento de este contrato se sujetarán a lo dispuesto por el capítulo 4.10. Del uso de Medios Electrónicos para la Contratación de Operaciones de Seguros y de Fianzas de la Circular Única de Seguros y de Fianzas.

La *Compañía*, el *Asegurado* y/o *Contratante* declaran conocer el contenido y alcance de las disposiciones legales y reglamentarias relativas a la celebración de actos jurídicos, mediante el uso de medios electrónicos o de cualquier otra tecnología, por lo que están dispuestos a operar a través de los mismos ya que no les son ajenos.

Así mismo, la *Compañía*, el *Asegurado* y/o *Contratante* aceptan que la creación, transmisión, modificación y extinción de derechos y obligaciones derivados de la *Póliza* electrónica se soporta mediante certificados digitales en términos del capítulo 4.10. Del uso de Medios Electrónicos para la Contratación de Operaciones de Seguros y de Fianzas de la Circular Única de Seguros y de Fianzas y a falta de disposición expresa, por lo dispuesto en el Título Segundo, del Comercio Electrónico, Capítulo I de los Mensajes de Datos, artículos 89 al 99 y demás relativos y aplicables del Código de Comercio, los cuales garantizan frente a terceros la identidad, autenticidad e integridad de las operaciones y servicios prestados.

La *Compañía* podrá solicitar y recibir documentación e Información del *Asegurado* y/o *Contratante* mediante medios electrónicos y este deberá garantizar a satisfacción de la *Compañía* los medios de creación, transmisión y modificación de dicha información, que le permita asegurar la identidad, autenticidad e integridad de la documentación electrónica generada y transmitida.

CLÁUSULA 26ª COMUNICACIONES

Cualquier declaración o notificación relacionada con el *Contrato de Seguro* deberá presentarse a la *Compañía*, por escrito, precisamente en el domicilio de esta, el cual aparece en la *Póliza*.

CLÁUSULA 27ª COPIA DE PÓLIZA O CERTIFICADO

En caso de que el *Asegurado* requiera alguna copia de su *Póliza* podrá solicitarla al siguiente número telefónico: 800 667 3144.

CLÁUSULA 28ª AVISO DE PRIVACIDAD

HDI SEGUROS, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Paseo de los Insurgentes No. 1701, Colonia Granada Infonavit, C.P.37306, en la ciudad de León, Guanajuato, tratará sus datos personales para realizar todas las actividades necesarias relacionadas con prestarle los servicios que pudieran llegar a ser o hayan sido contratados de forma oportuna y correcta relacionados con: la Póliza de seguro, facturación y cobranza, seguimiento de incidentes, seguimiento por accidentes, seguimiento por lesiones y pagos automáticos a su tarjeta de crédito. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad visite www.hdi.com.mx.

CONCENTRADO DE ARTÍCULOS DE LA LEY

En esta sección se transcriben fielmente los artículos de las leyes aplicables a los seguros y de los cuales se hace referencia en las presentes Condiciones Generales.

I. Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8

“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 21

“El contrato de seguro:

- I.- Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.*
- II.- No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;*
- III.- Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.”*

Artículo 25

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

Artículo 35

“La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.”

Artículo 40

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.”

Artículo 52

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

Artículo 66

“Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

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 de este.”

Artículo 71

“El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

Artículo 81

“Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la Cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.*
- II. En dos años, en los demás casos.*

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

Artículo 82

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

Artículo 164

“La póliza del seguro sobre las personas, además de los requisitos del artículo 20 de la presente ley, deberá contener los siguientes:

- I. El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro.*
- II. El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado;*
- III. El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas; y*
- IV. En su caso, los valores garantizados.”*

Artículo 175

“El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

En todo caso, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.”

Artículo 202

“En el seguro de grupo o empresa, el asegurador se obliga por la muerte o la duración de la vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo grupo o empresa, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio.”

II. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 102

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

Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

Las personas morales a que se refiere este artículo estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.”

Artículo 103

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

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

Artículo 214

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

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

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

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

Artículo 276

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.*
- II. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*
- III. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*
- IV. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;*

- V. *Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;*
- VI. *En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;*
- VII. *Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;*
- VIII. *Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;*
- IX. *La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de Seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:*
- a. Los intereses moratorios;*
 - b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y*
 - c. La obligación principal.*
- En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.*
- Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y*
- X. *Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.*

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

Artículo 277

“En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

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

Artículo 492

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

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

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

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

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

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

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

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

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

SEGURO DE VIDA GRUPO TRADICIONAL

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

III. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis

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

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

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

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

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo.

Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.”

Artículo 65

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

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

Artículo 66

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

Artículo 68

“La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.*
- I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.*

La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

- I. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;*
- II. La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;*
- III. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.*
- IV. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.*
- V. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.*
- VI. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.*

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VII. *En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;*
- VIII. *La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y*
- IX. *Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.*

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de noviembre de 2020 con el número CNSF-S0027-0512-2020/CONDIUSEF-004638-01