



Contratamientos Imprevistos beneficios indemnizatorios y asistencias

Condiciones Generales

INDICE

I OBJETO DEL SEGURO	4
II COBERTURAS	4
1. Muerte Accidental	3
2. Ayuda de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental	3
3. Pérdidas Orgánicas por Accidente	3
4. Indemnización Diaria por Hospitalización por accidente	6
5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	6
6. Indemnización diaria por hospitalización por enfermedad y accidente	6
7. Indemnización por rotura de huesos	7
8. Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente	7
9. Indemnización en caso de Apendicectomía	8
10. Indemnización en caso de Colectomía	9
11. Indemnización en caso de extracción de cálculos urinarios	9
12. Indemnización por hernia	9
13. Indemnización por cirugía que requiera hospitalización de al menos 48 horas	10
14. Indemnización por diagnóstico de cáncer	10
15. Indemnización por diagnóstico de Infarto Agudo al miocardio	11
16. Indemnización por diagnóstico de Accidente Vascular Cerebral	12
17. Indemnización por Insuficiencia renal terminal	12
III EXCLUSIONES GENERALES	12
IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA	14
V CLAUSULAS GENERALES	18
VI DEFINICIONES	33
VII GLOSARIO DE PRECEPTOS LEGALES	40

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de enero de 2026, con el número PPAQ-S0112-0068-2025/CONDUSEF-007023-02.

I. OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto sufrido por el asegurado, éste haya tenido que erogar cualquiera de los gastos cubiertos por la póliza, Prevem Seguros reembolsará el costo de los mismos apegándose a las condiciones establecidas en este contrato. De igual forma si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente Cubierto, la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente en los términos de esta póliza.

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta sufrida por el asegurado y las coberturas indemnizatorias están explícitamente contratadas, Prevem Seguros pagará la suma asegurada correspondiente al evento asegurado en los términos de esta póliza.

II. COBERTURAS

Las coberturas establecidas en este contrato operan de manera independiente frente a la ocurrencia de un accidente o al diagnóstico de alguna de las enfermedades o padecimientos y aplican las que están expresamente indicadas en la carátula de la póliza; cualquier cobertura no señalada en la misma se considera no amparada.

1. Muerte Accidental

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo el Asegurado fallece, Prevem Seguros, pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

2. Ayuda de Gastos de Sepelio por Muerte Accidental

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo el Asegurado fallece por causa accidental, Prevem Seguros reembolsará a los Beneficiarios, previa comprobación, los gastos erogados por motivo del sepelio o incineración, por transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado dentro del territorio nacional, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada, establecida en la carátula de la póliza.

3. Pérdidas Orgánicas por Accidente

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado sufre una de las pérdidas orgánicas indicadas en la escala "A" o escala "B" de indemnizaciones, Prevem Seguros pagará al asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a la pérdida orgánica, según la escala contratada. En caso de existir varias Pérdidas Orgánicas cubiertas, la cantidad que se pagará en total como indemnización máxima no podrá exceder del 100% de la Suma Asegurada contratada para este Beneficio.

Escala de Indemnizaciones “A”	
Por la pérdida de	Porcentaje de Indemnización
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista en ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista en un ojo	30%
El pulgar en cualquier mano	15%
El índice en cualquier mano	10%

Escala de Indemnizaciones “B”	
Por la pérdida de	Porcentaje de Indemnización
Ambas manos.	100%
Ambos pies.	100%
La vista en ambos ojos.	100%
Una mano y un pie.	100%
Una mano y la vista de un ojo.	100%
Un pie y la vista de un ojo.	100%
Una mano.	50%
Un pie.	50%
La vista de un ojo.	30%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos.	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice.	30%
Tres dedos de una mano que no sean ni el dedo pulgar ni el índice.	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice.	25%
La audición total de los dos oídos.	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar.	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior.	15%
El dedo pulgar de cualquier mano.	15%
El índice de cualquier mano.	10%
El dedo medio.	5%
El dedo anular.	5%
El dedo meñique.	5%

4. Indemnización Diaria por Hospitalización por accidente

durante la vigencia de la póliza, Prevem Seguros, una vez transcurridos los días de espera elegidos por el Asegurado que quedaron estipulados en la carátula de la póliza, pagará la indemnización diaria por Hospitalización contratada para esta cobertura, estipulada en la carátula de la póliza, por el tiempo que dura la Hospitalización y hasta el Periodo Máximo de Hospitalización estipulado en la carátula de la póliza, siempre que la póliza se mantenga vigente.

Días de Espera.- Es el número de días de hospitalización a elección del Asegurado y estipulados en la carátula de la póliza; a cargo del asegurado y donde pasados dichos días, Prevem empezará a Periodo Máximo de Hospitalización.- Prevem Seguros pagará la indemnización diaria por Hospitalización estipulada en la carátula de la póliza por cada Hospitalización de un Asegurado a causa de un Accidente Cubierto, hasta el Periodo Máximo de Hospitalización elegido por el Asegurado y estipulado en la carátula de la póliza, el cual comienza a partir del primer día de Hospitalización del Asegurado.

Hospitalizaciones Sucesivas.- En caso de incurrir en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo evento asegurado, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada periodo de Hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de hospitalización estipulado en la carátula de la póliza.

La indemnización se pagará siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al ocurrir el evento asegurado.

5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los diez primeros días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia y medicinas, Prevem Seguros reembolsará, además de otras indemnizaciones a que tuviera derecho el Asegurado de conformidad con el Contrato de seguro y condiciones generales, los Gastos Médicos Cubiertos, previa comprobación de los gastos efectuados, descontando el Deducible contratado para esta cobertura y hasta la Suma Asegurada para este beneficio, los mismos que aparecen en la carátula de la póliza.

La Suma Asegurada para esta cobertura será por Accidente Cubierto, por lo que la responsabilidad de Prevem Seguros finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados cuando:

- a) Se agote la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la carátula de la póliza, ó
- b) Transcurran 365 días contados a partir de que el Asegurado hizo la primera erogación, ó,
- c) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones.

6. Indemnización diaria por hospitalización por enfermedad y accidente

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada del beneficio por cada día que el asegurado esté hospitalizado debido a una enfermedad no preexistente o accidente cubierto por el beneficio básico después de que se cubra el periodo mínimo de hospitalización y hasta el máximo de días establecidos en la caratula de la póliza y/o certificado individual.

Exclusiones

- Hospitalizaciones que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.
- Cuando no exista justificación médica para la hospitalización (curas de reposo)

7. Indemnización por rotura de huesos

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará una suma asegurada en caso de que el asegurado sufra una rotura de hueso, a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo con la localización de la fractura como se indica en la tabla de indemnización establecida en la carátula de la póliza.

Localización de la fractura	Clave CIE
Cuello	S120, S121, S122, S127, S128 y S129
Cadera/Pelvis	S321, S322, S323, S324, S325, S327 y S720
Cráneo	S020, S021, S027, S028 y S029
Fémur, tarso o húmero	S721, S722, S723, S724, S727, S728, S729, S922, S923, S924, S925, S422, S423, S424 y S427
Tobillo, tibia o peroné, escápula	S820, S821, S822, S823, S824, S825, S826, S421
Maxilar inferior o clavícula	S026, S420
Cúbito, radio, muñeca	S520, S521, S522, S523, S524, S525, S526, S527, S528, S529, S620, S621
Vértebras	S220, S221, S320, S328
esternón, hueso malar	S222, S024

La suma asegurada a pagar en cada tipo de fractura es la que resulte de multiplicar el porcentaje correspondiente, indicado en la caratula de la póliza, por la suma asegurada de referencia indicada en la carátula de la póliza.

Exclusiones específicas

- Fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
- Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.
- Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
- Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.

8. Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, en caso de ocurrir la Invalidez Total y Permanente del asegurado titular a consecuencia de un accidente cubierto.

Por Invalidez Total y Permanente se entenderá la incapacidad que sufre el Asegurado titular a consecuencia de un accidente cubierto, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente, la pérdida total de la función de los siguientes miembros del Asegurado a causa de un Accidente Cubierto:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos.
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies.
- La pérdida de una mano y un pie.
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo.
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo.

Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá:

1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del Asegurado y;
2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un Médico especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al Asegurado en un evento cubierto por este seguro.

Exclusiones específicas

- **Enfermedad mental, corporal o cualquier padecimiento preexistente.**
- **Cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de alucinógenos.**
- **Cuando el asegurado se encuentre en cualquier tipo de aeronave, salvo que viaje como pasajero en una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.**

9. Indemnización en caso de Apendicectomía

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea intervenido mediante una apendicectomía médicamente necesaria, una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Exclusiones específicas

- **Enfermedades o Padecimientos preexistentes**
- **Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos que ocurran durante el período de espera.**
- **Enfermedades congénitas.**
- **Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos en el extranjero.**
- **Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos no médicamente necesarios.**

10. Indemnización en caso de Colectistectomía

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea intervenido mediante una colectistectomía médicamente necesaria, una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Para esta cobertura se aplicará el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza.

Exclusiones específicas

- Enfermedades o Padecimientos preexistentes
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos que ocurran durante el período de espera.
- Enfermedades congénitas.
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos en el extranjero.
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos no médicamente necesarios.

11. Indemnización en caso de extracción de cálculos urinarios

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea intervenido para extraerle cálculos urinarios por medio de endoscopia o microcirugía, siempre y cuando el procedimiento sea médicamente necesario, y una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Para esta cobertura se aplicará el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza.

Exclusiones específicas

- Enfermedades o Padecimientos preexistentes
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos que ocurran durante el período de espera.
- Enfermedades congénitas.
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos en el extranjero.
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos no médicamente necesarios.

12. Indemnización por hernia

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea intervenido para extraerle cálculos urinarios por medio de endoscopia o microcirugía, siempre y cuando el procedimiento sea médicamente necesario, y una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Para esta cobertura se aplicará el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza.

Exclusiones específicas

- Enfermedades o Padecimientos preexistentes
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos que ocurran durante el período de espera.
- Enfermedades congénitas.
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos en el extranjero.
- Procedimientos y/o tratamientos quirúrgicos no médicamente necesarios.

13. Indemnización por cirugía que requiera hospitalización de al menos 48 horas

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada contratada e indicada en la carátula de la póliza en caso de intervención o procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al asegurado y que requiera necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

Exclusiones específicas

- Cirugías como tratamiento para Enfermedades preexistentes y/o congénitas.
- Cirugías o procedimientos debidos a suicidio, intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- Cirugías secundarias a bulimia o anorexia.
- Aborto, cesárea, parto, y/o legrado uterino y sus complicaciones
- Cirugías por control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, Enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
- Intervenciones quirúrgicas cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- Cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
- Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones para calvicie, obesidad y reducción de peso.
- Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.
- Cirugías relacionadas con diálisis o insuficiencia renal.
- Tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
- Cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de la Póliza.
- Cirugías experimentales o procedimientos quirúrgicos que no estén avalados por la COFEPRIS (Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios).
- Hospitalizaciones y/o Cirugías que no sean médicamente necesarias.
- Procedimientos quirúrgicos que se deriven de cometer un acto ilícito

14. Indemnización por diagnóstico de cáncer

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez con cáncer. Dicho diagnóstico deberá ser emitido por un médico especialista en Oncología, quien esté debidamente certificado por el Consejo Médico y/o la autoridad correspondiente, además de estar, el mencionado diagnóstico, respaldado por el resultado histopatológico correspondiente.

Para esta cobertura se aplicará el periodo de espera especificado en la carátula de la póliza.

Exclusiones específicas

- **Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas.**
- **Cáncer de próstata en estadio menor que T2bN0M0.**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor que T2N0M0.**
- **Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.**
- **Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica.**

15. Indemnización por diagnóstico de Infarto Agudo al miocardio

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Prevem Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez de Infarto agudo al Miocardio. Dicho diagnóstico deberá ser emitido por un médico especialista que cuente con los conocimientos suficientes y necesarios para este fin además de estar debidamente certificado y avalado por la autoridad correspondiente.

Se define Infarto agudo al miocardio como la muerte o necrosis isquémica de una porción o región del músculo cardíaco que resulta de la obstrucción del flujo sanguíneo y falta de oxígeno.

El diagnóstico debe fundamentarse en los siguientes tres (3) criterios y debe ser definitivo:

- **Signos y/o Síntomas clínicamente aceptados y que correspondan con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio.**
- **Cambios característicos en el trazo electrocardiográfico que confirmen el infarto agudo al miocardio.**
- **La elevación característica por arriba de los valores normales de marcadores bioquímicos y enzimas cardíacas específicas como consecuencia exclusiva del Infarto agudo al miocardio.**

La angina de pecho y todas las otras formas de síndromes coronarios agudos que no causen necrosis no están cubiertas.

Exclusiones específicas

- **Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.**
- **Angina de pecho.**
- **Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el ECG ni signos clínicos de infarto**

16. Indemnización por diagnóstico de Accidente Vascular Cerebral

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Previm Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez de evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneal, con:

- i. Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos
- ii. Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 3 (tres) meses después de la fecha del diagnóstico. El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen (tomografía axial computarizada o resonancia magnética).

Exclusiones específicas

- **Ataque isquémico transitorio.**
- **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**

17. Indemnización por Insuficiencia renal terminal

De estar contratada la presente cobertura y así constar en la carátula de la póliza, Previm Seguros pagará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza en caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez de Insuficiencia renal terminal. Se entenderá por Insuficiencia renal terminal, la etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

Para esta cobertura aplica el periodo de espera incluido en la carátula de la póliza.

Exclusiones específicas

- **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**

III EXCLUSIONES GENERALES

Exclusiones aplicables a todas las coberturas. Esta póliza no cubre lo siguiente:

- a) **Accidentes que se produzcan mientras el Asegurado Titular o Asegurado Dependiente afectado, esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia.**
- b) **Accidentes que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.**
- c) **Accidentes que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes.**
- d) **Lesiones que se produzcan a consecuencia de un accidente ocurrido durante navegación submarina.**
- e) **Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, que resulten, mediata o inmediatamente del accidente cubierto.**

- f) Enfermedades preexistentes así como Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades preexistentes.
- g) Lesiones por envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- h) Suicidio o intento de suicidio o lesiones auto infligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que las provoquen.
- i) Accidentes que sufra el Asegurado Titular o el Asegurado Dependiente encontrándose bajo el efecto del alcohol, o estado alcohólico, de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable.
- j) Lesiones provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de un Accidente Cubierto.
- k) Gastos personales realizados por el Asegurado Titular, sus acompañantes o sus Asegurados Dependientes, durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- l) Accidentes que sean originados por participar en actividades como:
 - 1.- Piloto, tripulante o mecánico en vuelo, de una línea aérea, o se encuentre a bordo de taxi aéreo, o de cualquier avión o aeronave que no sean de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - 2.- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - 3.- Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, sobre superficie terrestre o acuática, ya sea como piloto o acompañante.
 - 4.- Práctica profesional de cualquier deporte.
 - 5.- Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky, cualquier deporte aéreo.
- m) Lesiones o Pérdidas Orgánicas provocados por arma de fuego, que no hayan sido provocadas a consecuencia de un accidente cubierto.
- n) Todos los accidentes causados y/o relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- o) Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- p) Complicaciones de embarazos, salvo que las mismas resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.
- q) Abortos o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- r) Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones, excepto los reconstructivos que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.

- s) Cualquier gasto no Medicamento Necesario.
 - t) Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
 - u) Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas, micro bióticos, así como sus complicaciones.
 - v) Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y similares.
 - w) Cualquier servicio médico prestado por familiares del Asegurado.
 - x) Medicamentos que no requieren receta médica.
-
- aa) Accidentes ocurridos al Asegurado cuando éste se dedique a las siguientes actividades: Agente Secreto, Albañil, Alcalde, Alijador, Aparadorista, Artista, radio, tv, cine y teatro (así como los Extras), Banderillero, Bombero, Buzo Profesional, Cazador Profesional, Celador, Chofer de Carro Blindado, Chofer de más de 3 toneladas, Chofer Patrulla, Cobrador, Corresponsal de Guerra, Diplomático, Domador, Embajador, Estereotipista, Ferrocarrilero, Fogonero, Forrajero, Fotograbador, Fumigador, Herrero, Hojalatero, Laboratorista (Empleado de Laboratorio), Limpiador de Ventanas, Maderero, Marineros, Materialista, Mecánico, Minero, Motociclista, Mueblero, Pagador, Peletero o Curtidor, Perforador de Minas, Perforador de Pozos, Pescador, Petrolero, Piloto, Plomero, Policía, Radio Instalador de Antenas, Rentista, Salinero, Salvavidas, Sobrecargo, Sobrestante, Operador de maquinaria pesada, Instalador y Técnico de antenas, Torero, Tornero, Trapecista, Troquelador, Volcanólogo, Vulcanizador y aquella persona que utilice cualquier tipo de arma.

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA

El Contratante puede optar por añadir uno o más servicios de asistencia como complemento a las coberturas contratadas bajo este seguro. Estos servicios serán brindados a través de un proveedor con convenio con PREVEM, aplican únicamente para el Asegurado Titular y cuando se encuentren expresamente señalado como amparado en la carátula de la póliza. Para hacer uso de cualquiera de los servicios, deberá comunicarse a los números telefónicos que PREVEM haya asignado.

1. Orientación Médica Telefónica

El usuario tendrá acceso a orientación médica general las 24 horas del día, los 365 días del año mediante una consulta telefónica informativa con médicos generales certificados. Este servicio tiene como finalidad proporcionar una evaluación preliminar de síntomas, recomendaciones básicas de cuidado personal, consejos preventivos de salud y sugerencias sobre la necesidad de acudir a atención médica presencial o especializada.

2. Telemedicina

Asistencia primaria de salud a través de dispositivos de comunicación electrónicos, como teléfonos inteligentes. Su objetivo es brindar al Asegurado información y asesoría médica, proporcionando respuestas y recomendaciones a los signos o síntomas que este comunique sobre su estado de salud.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- **En caso de presentar una emergencia médica, debe comunicarse al 911 o los teléfonos de emergencias de su localidad.**

3. Médico a Domicilio

Coordinación de envío de un médico general a su domicilio, sin costo para el usuario, para la atención de padecimientos no urgentes. El servicio está sujeto a la disponibilidad, así como a los términos y condiciones de las sucursales y clínicas afiliadas. Cualquier servicio adicional no incluido en la atención inicial correrá a cargo del Asegurado.

4. Consulta Médica en Consultorio Médico General

El usuario deberá generar la solicitud vía telefónica a los números asignados. Se le brindará el número de expediente de servicio y se notificará la dirección de la red más cercano a su domicilio.

5. Orientación Telefónica Nutricional

Orientación nutricional ilimitada a través de una llamada telefónica. Las sesiones se coordinarán según la disponibilidad de un profesional, de lunes a sábado, de 9:00 a 20:00 horas.

Cada sesión durará 20 minutos y se centrará en el manejo preventivo de la nutrición y la mejora de hábitos alimenticios. Los temas de orientación incluyen:

- Recomendaciones de alimentos bajos en carbohidratos y azúcar.
- Cálculo de ingesta de agua recomendada según peso e IMC.
- Sugerencias para un mejor estilo de vida a través de la alimentación.
- Cálculo de calorías recomendadas según sus características personales.

EXCLUSIONES PARTICULARES

Este servicio de orientación telefónica nutricional no cubre lo siguiente:

- **Atención presencial:** Cualquier servicio que requiera la presencia física de un nutriólogo o especialista tendrá un costo adicional para el asegurado.
- **Recomendación de suplementos:** El especialista no prescribirá ni recomendará ningún tipo de suplemento alimenticio o medicamento.

6. Orientación Psicológica Telefónica.

Orientación psicológica ilimitada a través de llamadas telefónicas o videollamadas. El tiempo estimado de cada sesión es de 20 minutos, y su objetivo es proporcionar un espacio de contención emocional en todo el territorio nacional.

- **Atención presencial:** Cualquier servicio que requiera la presencia física de un especialista no está cubierto por esta asistencia.
- **Canalización fuera del país:** La canalización a un consultorio es válida únicamente a nivel nacional.
- **Horarios:** El servicio no se prestará fuera del horario previamente establecido.
- **Identificación:** El servicio no se brindará si el asegurado no se identifica como el titular de la póliza.
- **Gastos:** No se cubren los costos derivados de consultas, tratamientos o cualquier otrogasto relacionado con esta asistencia.
- **Condiciones psiquiátricas graves:** La atención no se brindará si el asegurado se encuentra en un estado agresivo o alterado debido al consumo de alcohol o narcóticos.
- **Diagnósticos y tratamientos:** El psicólogo no emitirá diagnósticos, tratamientos o recetas médicas. Su función es exclusivamente de orientación y contención.
- **Percepción del asegurado:** Prevem Seguros no será responsable de las expectativas o percepciones del asegurado respecto a la asesoría.
- **Falsedad de información:** El psicólogo no tendrá responsabilidad por la información falsa u omisiones proporcionadas por el Asegurado.

7 Asistencia Visual

Acceso a los beneficios del servicio de asistencia visual, conforme al número de eventos y tope económico contratados.

El servicio incluye:

- Examen de la vista (revisión visual)
- Lentes graduados con mica solar, con graduación de ± 3 a ± 5 monofocal
- Material de lente: CR-39
- Armazón básico
- Ajuste de anteojos

El servicio aplica únicamente con proveedores autorizados. El monto máximo cubierto por evento será de 700.00 (setecientos pesos 00/100 M.N.), y cualquier excedente será cubierto directamente por el Asegurado.

Condiciones Particulares del Servicio de Asistencia Visual

- a) Sujeto a disponibilidad y a los términos y condiciones establecidos por los proveedores autorizados.
- b) No acumulable ni aplicable en conjunto con otras promociones vigentes.

EXCLUSIONES DE ASISTENCIA VISUAL

El servicio de asistencia visual no cubrirá los siguientes conceptos:

- Graduaciones superiores a ± 4 dioptrías esféricas y/o cilíndricas.
- Micas solares, ya que no están incluidas en la cobertura del servicio.
- Tratamientos ópticos adicionales, tales como antirreflejante, fotocromático, polarizado, entre otros.
- Mejoras en materiales, diseño o calidad del armazón, que excedan las especificaciones básicas incluidas en el servicio.
- Acondicionamientos o ajustes especiales, que no estén contemplados dentro del servicio.
- Cualquier excedente en costo derivado de mejoras o tratamientos será cubierto directamente por el Asegurado.

17

EXCLUSIONES PARTICULARES

- El servicio no contempla la atención de emergencias psicológicas, trastornos mentales graves ni situaciones que requieran intervención clínica inmediata o especializada.
- Quedan excluidos del alcance del servicio: terapias prolongadas, diagnósticos clínicos, prescripción de medicamentos y la elaboración de informes psicológicos de cualquier índole.
- PREVEM no asume responsabilidad por diagnósticos, tratamientos, recomendaciones o decisiones adoptadas por el profesional durante la sesión de orientación, siendo estas de exclusiva competencia del profesional interviniente.
- La prestación del servicio está sujeta a disponibilidad geográfica y horaria, por lo que no se garantiza atención inmediata en todos los casos.
- No se otorgarán reembolsos ni compensaciones por llamadas no atendidas, canceladas o interrumpidas por causas ajenas a PREVEM.

8 Consulta Médica con Especialista

Podrá solicitar la coordinación de una cita con un médico especialista en su consultorio, conforme al plan contratado. Las consultas adicionales estarán disponibles a costo preferencial, según las tarifas vigentes con los proveedores en convenio.

9 Asistencia Funeraria.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, los beneficiarios podrán realizar la petición por las prestaciones de esta asistencia al número telefónico designado por Prevem, que consisten en los siguientes servicios:

- Atención y asesoría personalizada. 24/7, los 365 del año.
- Traslados: Del Lugar del fallecimiento a la funeraria o domicilio, y de la funeraria al panteón o crematorio.
- Asesoría en Trámites Gubernamentales.
- Arreglo Estético.
- Facilidades para celebrar servicios religiosos.

- Ataúd metálico básico.
- Sala básica o equipo de velación a domicilio.
- Cremación: en la red de funerarias a nivel nacional.
- Entrega en urna básica.

EXCLUSIONES PARA ASISTENCIA FUNERARIA

- **Cualquier evento ocurrido fuera del territorio nacional.**
- **Cuando el beneficiario no proporcione información veraz, o bien incurra en falsedad de declaraciones.**

V CLÁUSULAS GENERALES

Cláusula 1. Agravación del Riesgo

El Contratante avisará a Prevem Seguros si hay un cambio significativo en las actividades o composición del grupo asegurado que pueda afectar la valoración de los riesgos a los que están expuestos los miembros de la colectividad asegurada.

Se entiende por cambio significativo los siguientes eventos: si cambia el giro de la empresa, si hay un cambio en el criterio para establecer la suma asegurada, si el número de asegurados varía más del 51% con relación al número de asegurados al inicio de vigencia, si solicita la inclusión o cancelación de una cobertura, si solicita el incremento a disminución de las sumas aseguradas de una cobertura, si cambian los criterios de elegibilidad para considerarse asegurados.

En estos casos los cambios en la póliza tendrán efecto solo si Prevem Seguros acepta por escrito las modificaciones solicitadas, por otra parte si el cambio solicitado es importante para la apreciación del riesgo de tal suerte que Prevem Seguros habría contratado la póliza en condiciones diferentes, Prevem Seguros comunicará las condiciones con las que puede continuar la cobertura, si el Contratante no acepta las condiciones, la responsabilidad de la compañía terminará quince días después de comunicadas las condiciones de cobertura.

Si el riesgo no se agrava, sino para una parte de la colectividad asegurada, el seguro quedará en vigor para el resto de la colectividad a condición de que el contratante pague las primas que corresponda a dicho segmento de la colectividad.

Cláusula 2. Aplicación de Deducible

Cuando el Asegurado presente una Reclamación por Reembolso de Gastos Médicos por un Accidente Cubierto durante la vigencia de la póliza, la aplicación del Deducible establecido en la carátula de la póliza seguirá el siguiente orden:

- 1) Se sumarán todos los gastos facturados.
- 2) Se restarán todos los gastos no cubiertos (incluyendo montos en exceso de los límites establecidos en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y gastos en exceso del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado.
- 3) Se aplicará el Deducible que corresponda.
- 4) Del resultado, se restará cualquier monto en exceso de límites específicos establecidos en la póliza.

Bajo este Contrato, el Deducible por Reembolso de Gastos Médicos por Accidente se aplica una sola vez por Accidente Cubierto.

Cuando el Asegurado presente una Reclamación por Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente Cubierto durante la vigencia de la póliza, la aplicación de los días de espera establecido en la carátula de la póliza seguirá el siguiente orden:

- 1) Se sumará el número de días de Hospitalización.
- 2) Se restará el número de días de Días de Espera.

Cláusula 3. Arbitraje Médico

En caso de que Prevem Seguros notifique al reclamante la improcedencia de su Reclamación, éste podrá acudir ante un arbitraje médico independiente previo acuerdo entre ambas partes, garantizando en dicho acuerdo la objetividad e imparcialidad de dichos árbitros y el procedimiento para su designación.

Si el reclamante acude a esta instancia, Prevem Seguros acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes, en el momento de acudir a él, 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 Prevem Seguros.

Cláusula 4. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Si el contenido de esta 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 esta póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al contratante.

Cláusula 5. Beneficiarios

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre.

La Indemnización que proceda se pagará al Asegurado o a los Beneficiario(s) que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el Contrato. Los Asegurados mayores a 12 años tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los Beneficiarios siempre que la póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado o el Contratante, deberán notificar por escrito el cambio de beneficiario a PREVEM, indicando el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en el Contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, PREVEM pagará al último beneficiario del que haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, o en el caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado, salvo que el asegurado estipulara lo contrario.

El Contratante no podrá intervenir en la designación del beneficiario, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante, o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, haciéndola irrevocable, siempre y cuando ésta renuncia o designación irrevocable sea notificada por escrito al Beneficiario Irrevocable designado, así como a PREVEM, y se haga constar en la presente póliza como lo previene la Ley.

ADVERTENCIA: En caso de nombrar Beneficiarios 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 nombre 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 incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

Cláusula 6. Cambio de Plan

En caso de que el Contratante desee realizar un cambio de plan, éste lo podrá solicitar por escrito sólo en la renovación, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra, Prevem Seguros, se reserva el derecho de autorizar o rechazar el cambio.

Cláusula 7. Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a PREVEM 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. PREVEM 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 8. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. 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 PREVEM a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

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.

Cláusula 9. Contrato

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por escrito a Prevem Seguros en la solicitud de seguro, cuestionarios llenados y firmados, así como el contrato de seguro, sus adiciones y reformas asentadas por escrito, así como endosos, serán admisibles para probar existencia del presente Contrato de seguro.

Prevem Seguros se reserva el derecho de excluir mediante Endosos, la cobertura de determinados tratamientos médicos o quirúrgicos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) La carátula de la póliza, que es el documento en que se identifica al Contratante, a la colectividad asegurada y donde se especifican las coberturas contratadas, las Primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados.
- b) La póliza.
- c) Estas condiciones generales.
- d) En su caso, las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que, debidamente firmados por un funcionario autorizado de Prevem Seguros, modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- e) Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la solicitud individual del seguro y en el cuestionario médico.
- f) Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito en la solicitud maestra del seguro.
- g) Registros de Asegurados.
- h) Cualquier otro documento que haya servido para celebración del contrato.

Cláusula 10. Cooperación de los Asegurados

El Asegurado deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuesen posibles adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias del siniestro. Asimismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar a PREVEM cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones anteriormente.

Cláusula 11. Deducciones

Cualquier prima no pagada será deducida de cualquier indemnización de acuerdo al Artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 12. Edad

Como Edad del Asegurado, se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del seguro o en su caso a la fecha de renovación.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de cancelación, las coberturas continuarán hasta el fin de la vigencia, cancelándolo automáticamente a la siguiente renovación.

PREVEM se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, PREVEM deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado se estuviera pagando una Prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de PREVEM, para ese Asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato.

Sí a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, PREVEM está obligada a reembolsar la diferencia entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato, las Primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con esta edad. Si PREVEM, hubiera pagado alguna indemnización, al descubrirse la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo mencionado en el párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro hubiere estado fuera de los límites fijados, los Beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y PREVEM reintegrará la Prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado, conforme al Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 13. Edad Mínima de Aceptación

Para la cobertura de Muerte Accidental, la edad mínima de aceptación es de 12 años cumplidos, para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Alzheimer es de 50 años cumplidos y para el resto de las coberturas, la edad mínima es de un año cumplido.

Cláusula 14. Edad Máxima de Aceptación

La edad máxima de aceptación para todas las coberturas es de 65 años cumplidos, con renovación hasta los 69 y cancelación automática a los 70 años cumplidos.

Cláusula 15. Endoso

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por Prevem Seguros, se efectuará mediante la emisión del correspondiente endoso previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y debidamente suscrito por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por Prevem Seguros tendrán facultad para extender endosos en el presente Contrato.

Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante del Contrato, los endosos a que se hace referencia en el mismo, deben ser emitidos por la oficina de Prevem Seguros en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Contratante deberá pagar la correspondiente Prima, si fuera el caso.

Cláusula 16. Entrega de Documentos Contractuales

En caso de que la venta se realice a través de intermediarios, Prevem Seguros está obligada a entregar al contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, lo que hará de manera personal al momento de contratar el Seguro.

Prevem Seguros entregará al Contratante los certificados para cada integrante de la Colectividad Asegurada. Será obligación del Contratante entregar dichos certificados a cada asegurado. Prevem Seguros dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante.

Si el contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de Prevem Seguros, comunicándose a los teléfonos 9178-2626 y 9178-2662 en el D.F., o al 01-8002- PREVEM (277-3836) para el resto de la República, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el contratante y/o representante del mismo, deberá comunicarse a los teléfonos 9178-2626 y 9178-2662 en el D.F., o al 01-8002- PREVEM (277-3836) para el resto de la República y notificar por escrito en las oficinas de Prevem Seguros, quien emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de Prevem Seguros, en horario de oficina de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:30 hrs. y viernes de 9:00 a 15:00 hrs. al teléfono 9178-2626 y 9178-2662 en el D.F., ó al 01-8002- PREVEM (277- 3836) para el resto de la República.

Cláusula 17. Forma de Pago

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato. La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Conforme al Art. 40 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente.

Si no hubiese sido pagada dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de Prevem Seguros contra la entrega de la factura correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan.

En caso de Siniestro, Prevem Seguros podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstos a las 12 horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

Cláusula 18. Hospitales o Sanatorios de Beneficencia.

Prevem Seguros no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

Cláusula 19. Impuestos.

El pago del impuesto al valor agregado (I.V.A.) correspondiente a los gastos médicos reembolsados, será cubierto por Prevem Seguros, cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del Asegurado.

Cláusula 20. Indemnización por Mora.

Si Prevem 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 al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

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

se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea 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;
- VII. 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.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios.
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo.
- 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.

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

Cláusula 21. Lugar de Pago.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de los medios que PREVEM SEGUROS disponga para tal efecto en cuyo caso el documento relativo al cargo a una cuenta bancaria o deposito bancario hará prueba plena del mismo hasta que PREVEM SEGUROS emita el recibo correspondiente.

Cláusula 22. Lugar de Residencia.

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que radiquen habitualmente dentro de la República Mexicana. Se deberá notificar por escrito a Prevem Seguros el lugar de Residencia de los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado Titular.

Cláusula 23. Modificaciones al Contrato y Rectificación de la Póliza.

Los cambios o modificaciones al Contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y acordados por escrito entre el Contratante y Prevem Seguros.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a PREVEM, por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de PREVEM 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.

Conforme al Artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos de gastos médicos de PREVEM, el asegurado tiene la posibilidad de solicitar a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o Endosos, conforme al Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Prevem Seguros, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente Contrato.

En caso de que el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerden con la oferta, se podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que se reciba la póliza, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Cualquier Reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a Prevem Seguros por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de Prevem Seguros llegase a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, se procederá conforme a lo señalado por el Artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Conforme al Artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Cláusula 24. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del contratante de la póliza a PREVEM, o de ésta al contratante y/o Asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Cláusula 25. Movimiento de Asegurados. Altas de nuevos Asegurados.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Colectividad Asegurada, puede ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante la solicitud del Contratante y aceptación de Prevem Seguros, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso quede facultada a pedir, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

“Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se les haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a las personas, de no hacerlo, se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza”. (Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Es obligación del contratante avisar a Prevem Seguros sobre el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad, así como la baja de los ya integrados. Si el criterio de elegibilidad incluye a cónyuges e hijos del asegurado titular y si el cónyuge está considerado como Asegurado, los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de la póliza estarán incluidos a partir del primer año de nacimiento, siempre que sea presentada la solicitud de alta por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su primer año.

Cláusula 26. Movimiento de Asegurados. Baja de Asegurados

Causará baja de la cobertura de esta póliza cualquier Asegurado que fallezca ó:

- a) Se separe de la colectividad asegurada y/o deje de prestar sus servicios para el contratante.
- b) Siendo cónyuge o concubina (o) se separe legalmente del titular
- c) Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de ser asegurados dependientes del titular.

28

El Contratante se obliga a comunicar por escrito la baja de cualquier asegurado en forma inmediata a PREVEM, entendiéndose que los Beneficios del seguro para estas personas cesarán desde la fecha del fallecimiento o desde la fecha de dicha comunicación, como corresponde.

“Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente”. (Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Prevem Seguros a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a Prevem Seguros por el Contratante.

En caso de fallecimiento del asegurado, se pagará a Prevem Seguros la Prima convenida para el periodo en curso (fracción pactada), de acuerdo a lo establecido en el Artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de baja de cualquier asegurado durante la vigencia de la presente póliza, Prevem Seguros, S.A. de C.V. devolverá al Contratante la prima pagada no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún siniestro para el mismo, en un plazo que no exceda los 30 días naturales.

Cláusula 27. Trámites para la Reclamación

El asegurado o beneficiario deberán hacer del conocimiento de PREVEM la realización de accidente o enfermedad cubierto, dentro de los primeros 5 días de ocurrido el evento, salvo caso de fuerza mayor en cuyo caso se podrá reportar una vez que desaparezca el impedimento: Para documentar una reclamación se requiere:

- Aviso de accidente / enfermedad, requisitado por el asegurado titular/beneficiario
- Informe médico, requisitado por el médico tratante
- Facturas, recibos y relación de servicios recibidos
- Estudios de laboratorio, imagen o gabinete que confirmen el diagnóstico del evento

Los documentos para tramitar una reclamación se encuentran disponibles en la dirección de internet <https://www.prevemseguros.com.mx/siestros-formatos>.

Prevem Seguros se reserva el derecho de solicitar información complementaria relacionado con los hechos asociados al siniestro objeto de la reclamación.

Cláusula 28. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a PREVEM en el domicilio de la misma indicado en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Contratante.

Los comunicados que PREVEM deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará dirigido a los últimos datos de contacto propuestos (domicilio, correo electrónico y número(s) telefónico(s)) por escrito y de los que se tenga conocimiento.

Cláusula 29. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a Prevem Seguros para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro (Art. 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el Asegurado Titular o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos, en colusión con el Asegurado Titular, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato, cláusulas y sus anexos.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Prevem Seguros a causa de omisión o inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a Prevem Seguros por el Contratante.

Cláusula 30. Pago de las Reclamaciones

Tan pronto PREVEM disponga de la información completa relacionada y solicitada de una reclamación, procederá al pago de los Beneficios Cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales, cláusulas y endosos que conforman este Contrato y en moneda nacional mediante la emisión de cheque o transferencia bancaria electrónica a favor del Asegurado Titular o de sus beneficiarios designados en caso de su fallecimiento, o a nombre de los médicos y hospital o sanatorio que prestaron los servicios. Si no existiesen éstos, PREVEM quedará relevada de toda obligación mediante la entrega del pago de la indemnización a la(s) persona(s) que compruebe(n) tener algún tipo de parentesco con el Asegurado Titular, asumiendo éste la responsabilidad de cualquier reclamación a PREVEM. El pago deberá ser autorizado por un representante de PREVEM y será recibido por el Asegurado Titular o sus causahabientes o un representante legal, según sea el caso, entregándole PREVEM el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Por otra parte, si posterior al pago de una reclamación PREVEM llegara a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, cláusulas y sus endosos, PREVEM podrá solicitar del Asegurado Titular o de la persona que solicitó tal reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago mediante la vía legal.

Cláusula 31. Periodo de Beneficio.

El periodo de beneficio terminará respecto a cada uno de los Asegurados, sin responsabilidad alguna para Prevem Seguros, al ocurrir cualquiera de los siguientes casos:

- a) El Asegurado al momento de la renovación, alcance la edad de cancelación de las coberturas.
- b) Terminado el plazo de gracia para el pago de las Primas correspondientes.
- c) La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más Accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agote la Suma Asegurada contratada o, esta póliza quede cancelada por falta de pago según lo pactado.
- d) Al término de vigencia de la póliza.
- e) Fallecimiento del asegurado.

Las coberturas de esta póliza terminarán automáticamente en los casos indicados.

Cláusula 32. Periodo de Gracia para el Pago de la Prima.

Lapso de treinta días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o a la fecha de renovación o vencimiento de cualquier parcialidad de primas de seguro, que tiene el Contratante para liquidar el monto de la factura correspondiente.

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada.

En caso de que se presente un Accidente cubierto durante el transcurso del periodo de gracia, la indemnización se dará descontando la Prima o la fracción pendiente de pago.

Cláusula 33. 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 solo 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 Prevem Seguros

Cláusula 34. Primas.

La Prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza de acuerdo con su edad, género, ocupación, actividad y coberturas contratadas de cada uno de ellos.

La Prima de la póliza vence en el momento de la celebración del Contrato y salvo pacto en contrario se entenderá que el periodo de seguro es de 12 meses.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y género de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

El Contratante se obliga a pagar a Prevem Seguros la prima, más recargos por pago fraccionado, gastos de expedición de póliza e I.V.A. que se indican en la carátula de la póliza. La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine Prevem Seguros

La “Forma de Pago” estipulada para el periodo de seguro, es la señalada en la carátula de la póliza. La prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado. En caso de pago fraccionado, cada fracción de prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

El pago de las fracciones posteriores a la primera deberá efectuarse dentro del periodo de gracia indicado en la cláusula “Periodo de Gracia para el pago de la prima ” contado a partir del comienzo del periodo que comprenda el recibo correspondiente, en caso contrario los efectos del Contrato cesarán automáticamente (Art. 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 35. Rehabilitación.

Cuando la póliza cese en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días naturales siguientes al vencimiento del periodo de gracia y en su caso, Prevem Seguros la podrá rehabilitar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con el siguiente requisito:

- a) Utilizar el formato autorizado adjuntando los documentos establecidos, ambos por Prevem Seguros.

La póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que Prevem Seguros lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al contratante.

Prevem Seguros, en ningún caso responderá por accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la póliza y la fecha en que Prevem Seguros emitió la respectiva autorización.

Prevem Seguros se reserva el derecho de aceptar o no la rehabilitación de la póliza.

Cláusula 37. Rescisión del Contrato.

En caso de que el Contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, Prevem Seguros podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, devolviendo al Contratante la Prima pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza, en un plazo que no exceda los 30 días naturales.

Prevem Seguros comunicará por escrito en el último domicilio declarado al Contratante, la rescisión del Contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.

También se podrá rescindir el Contrato por falta de pago de la Prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, y las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.

Cláusula 38. Subrogación de Derechos.

En caso de siniestro, Prevem Seguros se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado Titular o a sus Asegurados Dependientes.

El Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes, se obligan a presentar formal denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con Prevem Seguros para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si Prevem Seguros lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

Si la falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los dos párrafos inmediatos anteriores, así como si por hechos u omisiones del Asegurado Titular o sus Asegurados Dependientes se impide la subrogación, Prevem Seguros quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y Prevem Seguros, concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 39. Terminación anticipada del Contrato.

El Contratante podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a Prevem Seguros, dentro de los 15 días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el contratante, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al contratante.

Cláusula 40. Vigencia.

Este Contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

Cláusula 41. Cambio de contratante.

De conformidad con lo indicado en el artículo 20 del Reglamento del Seguro Colectivo, para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, Prevem Seguros podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

Prevem Seguros reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro Colectivo.

Cláusula 42. Requerimiento de información

De conformidad con lo indicado en el artículo 23 del Reglamento del Seguro Colectivo, en aquellos casos en donde Prevem Seguros y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por éste último, Prevem Seguros tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento de Seguro Colectivo, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

VI DEFINICIONES

Los conceptos indicados a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este contrato.

Accidente.

Se entenderá como accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada y que produzca lesiones corporales que ameriten tratamiento médico ó quirúrgico.

Accidente Cubierto.

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajeno a la voluntad de la persona asegurada, que produzca lesiones corporales al Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes previamente dados de alta en esta póliza, que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, o que le causen la muerte, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella. Todas las lesiones sufridas en un accidente, se considerarán como un sólo evento.

Para efectos del presente Contrato y conforme a las estipulaciones de éste, también se considerará Accidente:

- a) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
- c) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas, medicamentos o alimentos, siempre y cuando no le hayan sido suministrados por otra persona con el propósito de envenenarlo.

Accidente No Cubierto.

- a) **Aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.**
- b) **Cualquier lesión corporal o la muerte, provocada intencionalmente por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Asegurados Dependientes.**
- c) **Los Accidentes expresamente excluidos en la póliza.**

Aeronave.

Avión operado por una línea aérea comercial autorizada para el transporte regular de pasajeros en viajes de itinerario regular.

Año-Contrato.

Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de vigencia del Contrato.

Asegurado

Persona que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Contrato y que está expuesta a los riesgos objeto del mismo especificados en sus condiciones generales y anexos.

- a) **Asegurado(a) Titular:** Persona física mayor de dieciocho (18) años de edad y hasta sesenta y cinco (65) años de edad, que reside en territorio nacional y tiene derecho a recibir el pago de las indemnizaciones o reembolsos a que hubiere lugar por este Contrato, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante Prevem Seguros
- b) **Asegurado Dependiente:** Cónyuge, Concubina o Concubinario hasta sesenta y cinco (65) años de edad, e hijos solteros del Asegurado Titular hasta veinticuatro (24) años de edad, ambos que dependan económicamente de él, con Residencia permanente en la República Mexicana, siempre que hayan sido designados por escrito en la póliza y aceptados por Prevem Seguros como asegurados, que cumplan con la definición de Colectividad Asegurada y que su nombre aparezca en la relación de asegurados en la carátula de la póliza.

Beneficiario.

Es la persona o las personas designadas en la solicitud del seguro por el asegurado, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.

Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Asegurado o beneficiario, en caso de ser procedente el Siniestro, en base a lo estipulado en la presente Póliza.

Cirugía o Acto Quirúrgico Amparado

Se entiende por cirugía amparada a una intervención quirúrgica o un procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al asegurado que consiste en extirpar, sustituir, corregir un defecto o lesión, o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado, con fines terapéuticos, mediante técnicas invasivas realizadas por medio de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

35

Cirujano

Profesionista que tiene el conocimiento médico con especialidad en cirugía general o profesionista médico que tenga conocimiento médico en cirugía de la especialidad en la cual está registrado, debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente y legalmente autorizado para realizar cirugías en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

Clave CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) actividad

Corresponde a una categorización de enfermedades por medio de una clave que permite identificar un padecimiento en particular, es un estándar de uso regular entre la comunidad médica.

Colectividad

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Contratante.

Persona física o moral que firma la solicitud maestra (la cual sirve de base para la expedición de esta póliza) y a quien le corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en la póliza.

Contrato.

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) La carátula de la póliza, que es el documento en el que se identifica al Contratante, a la Colectividad asegurada y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido y los límites pactados.
- b) La póliza.
- c) Las condiciones generales.
- d) En su caso, las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que, debidamente

firmados por un funcionario autorizado de Prevem Seguros, y previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.

- e) Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la solicitud individual del seguro y en el cuestionario médico.
- f) Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito en la solicitud maestra del seguro.
- g) Registros de Asegurados.
- h) Cualquier otro documento que hubiere sido materia para la celebración del mismo.

Deducible.

En relación con la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, es el monto fijo que debe pagar cada Asegurado por cada Accidente Cubierto, antes de que Prevem Seguros, pague los Gastos Médicos Cubiertos bajo esta póliza.

Para efectos de la cobertura de indemnización diaria por hospitalización, el concepto de deducible corresponde al número de días de espera para que la cobertura tenga efecto.

Endoso.

Documento que modifica y/o adiciona las condiciones del contrato y forma parte de éste.

Enfermedad Congénita.

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

Enfermedad o Padecimiento.

Es toda alteración de la salud del asegurado provocada por la acción directa o indirecta de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y que amerita tratamiento médico.

Enfermedades Preexistentes.

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 del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico y/o constancia médica 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.

Cuando la institución 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 expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- b) 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.

Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse previo a la celebración del contrato.

Con el fin de determinar de manera objetiva y equitativa la existencia de enfermedades o padecimientos preexistentes, y como parte del proceso de suscripción, la Aseguradora podrá requerir a las personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y/o que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, que se sometan a un examen médico, si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

En caso de que el asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Cuando a juicio de la Aseguradora se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el asegurado podrá optar en acudir ante un perito médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el asegurado y la Aseguradora a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Aseguradora acepta que si el asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

Estado Alcohólico.

La presencia de un nivel mayor a 80 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre.

Evento Asegurado.

Accidente o enfermedad cubierta ocurrido durante la vigencia de la póliza

Exclusiones.

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentren expresamente indicadas en el contrato, en la documentación contractual o en la Ley.

Experimental o investigación.

Significa un procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento:

- a) Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o condición por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional o por las autoridades extranjeras o nacionales de salud.
- b) Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación).
- c) Cuyo uso haya sido restringido a estudios científicos o de investigación clínica.
- d) Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva.

Gastos Médicos Cubiertos.

En relación con la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, son todos aquellos Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, Médicamente Necesarios, que no sean calificados como Experimentales o Investigación, incurridos estando el Contrato en vigor, sujetos a la Suma Asegurada contratada y al Deducible estipulados en la carátula de la póliza, ocasionados por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas a las que deba someterse el Asegurado en caso de Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia del Contrato.

Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado (GURA)

Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales corresponden a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones.

El listado de referencia del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado es descriptivo y no restrictivo, integra los procedimientos e insumos que han requerido nuestros asegurados a la fecha, si un servicio o insumo Médico no se encuentra incluido, el Asegurado podrá solicitar a Prevem Seguros que le proporcione dicho valor, siempre y cuando el padecimiento generador del gasto Médico, el insumo o el servicio no se encuentre expresamente excluido.

El Catálogo del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado estará disponible en el portal de clientes de Prevem Seguros www.prevemseguros.com.mx

Hospital, Sanatorio o Clínica.

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

Hospitalización.

La estancia continua y justificada de una persona registrada como paciente interno en un Hospital, Sanatorio ó Clínica por más de 48 horas y que inicia desde que el paciente se interna hasta que es dado de alta por el médico tratante.

Médico.

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico, designado para proporcionar atención médica al Asegurado Titular o a alguno de los Asegurados Dependientes, teniéndolos bajo su cargo y atención directa.

El Médico no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Pérdida Orgánica.

La amputación total o parcial de forma quirúrgica o traumática de un pie, una mano, o de los dedos, o su anquilosamiento total; o la pérdida de un ojo, incluyendo tanto la pérdida física del ojo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo; o la pérdida de la audición total de los dos oídos; o el acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior.

Periodo al Descubierto.

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de primas o por no haber realizado la renovación de la póliza.

Prevem Seguros.

Es la aseguradora y constituye la persona moral que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato Toda mención en adelante de Prevem Seguros o Prevem, se referirá a la misma persona moral antes señalada.

Prima.

Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y a favor de Prevem Seguros.

Reclamación.

Es el trámite que realiza el Asegurado ante Prevem Seguros, para obtener los Beneficios del Contrato a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto. Prevem Seguros define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

Reembolso.

En relación a la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente, es el proceso mediante el cual el Asegurado paga directamente a los proveedores de servicios médicos cualesquiera que sean, el importe de los gastos médicos erogados por la atención de un Accidente Cubierto, solicitando posteriormente la restitución de los mismos a Prevem Seguros quien al proceder al pago, hasta el límite establecido en la carátula de la póliza, deducirá de los montos presentados el deducible, gastos personales y/o no cubiertos, que en su caso apliquen.

Renovación.

Emisión consecutiva de la póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

Residencia.

Para efectos de este Contrato solamente estarán cubiertos por la póliza, el Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o el Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a Prevem Seguros el lugar de Residencia de los Asegurados Dependientes cuando éstos vivan en un domicilio diferente al del Asegurado Titular.

Siniestro

Es la realización del riesgo de un Accidente o enfermedad bajo este Contrato presentado por el Asegurado Titular o los Asegurados Dependientes a Prevem Seguros para la indemnización del mismo en caso de estar cubierto por esta Póliza.

Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de Prevem Seguros por cada Asegurado y para cada cobertura, a consecuencia de un Accidente Cubierto que ocurra dentro de la Vigencia de la póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, endosos y condiciones generales de la póliza.

VII GLOSARIO DE PRECEPTOS LEGALES

En el cuerpo de estas condiciones generales están incluidos referencias a los siguientes preceptos legales:

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

Artículo 202 - Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

Artículo 276 - Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago

de la obligación principal, aunque ésta no sea 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.

VII. 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.

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios.
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo.
- 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.

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo. Artículo 278 Los seguros de caución que las Instituciones de Seguros otorguen a favor de la Federación, del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, se harán efectivos, a elección del asegurado, haciendo valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o bien, ante

los tribunales competentes, siguiendo los procedimientos establecidos en las disposiciones legales aplicables. Estos asegurados también podrán optar por requerir las indemnizaciones derivadas de los seguros de caución de acuerdo con las disposiciones que a continuación se señalan y de conformidad con las bases que fije el Reglamento de este artículo, excepto tratándose de los seguros de caución que se otorguen a favor de la Federación para garantizar indemnizaciones relacionadas con el incumplimiento de obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación:

- I. Las Instituciones de Seguros estarán obligadas a enviar, según sea el caso, a la Tesorería de la Federación, a la Tesorería del Gobierno del Distrito Federal, o bien a las autoridades estatales o municipales que correspondan, una copia de todos los certificados de seguro de caución que expidan a su favor. El cumplimiento de esta obligación podrá pactarse mediante el uso de los medios a que se refiere el artículo 214 de esta Ley.

- II. Al hacerse exigible un seguro de caución a favor de la Federación, la autoridad que lo hubiere aceptado, con domicilio en el Distrito Federal o bien en alguna de las entidades federativas, acompañando los comprobantes para exigir el monto de la indemnización líquida conforme a lo previsto en el certificado de seguro de caución, deberá comunicarlo a la autoridad ejecutora más próxima a la ubicación donde se encuentren instaladas las oficinas principales, sucursales, oficinas de servicio o bien a la del domicilio del apoderado designado por la Institución de Seguros para recibir requerimientos de pago, correspondientes a cada una de las regiones competencia de las Salas Regionales del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa.

La autoridad ejecutora facultada para ello en los términos de las disposiciones que le resulten aplicables, procederá a requerir de pago, en forma personal, o bien por correo certificado con acuse de recibo, a la Institución de Seguros, de manera motivada y fundada, acompañando los comprobantes para exigir el monto de la indemnización líquida conforme a lo previsto en el certificado de seguro de caución, en los establecimientos o en el domicilio del apoderado designado, en los términos a que se hace cita en el párrafo anterior.

Tratándose del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, el requerimiento de pago, lo llevarán a cabo en los términos anteriores, las autoridades ejecutoras correspondientes. En consecuencia, no surtirán efecto los requerimientos que se hagan a los agentes de seguros, ni los efectuados por autoridades distintas de las ejecutoras facultadas para ello.

- III. Dentro de un plazo de treinta días contado a partir del día siguiente a aquél en que surta efectos la notificación del requerimiento de pago, la Institución de Seguros deberá comprobar, ante la autoridad ejecutora correspondiente, que hizo el pago o que demandó la nulidad del requerimiento de pago, en los términos de la fracción IV de este artículo.

En caso contrario, dentro de los veinticinco días hábiles siguientes al vencimiento de dicho plazo, la autoridad ejecutora de que se trate con conocimiento de la Institución de Seguros, solicitará a la Comisión que ordene se rematen valores propiedad de la Institución de Seguros, bastantes para cubrir el importe del requerimiento de pago, más la indemnización por mora que hasta ese momento se hubiera generado. La Comisión requerirá a la Institución de Seguros para que, en un plazo de cinco días hábiles, acredite haber hecho el pago correspondiente o demandado la nulidad del mismo, apercibiéndola

de que de no comprobar alguno de esos supuestos ordenará el remate solicitado. Si la Institución de Seguros se presenta a realizar el pago del importe requerido, deberá realizarlo junto con la indemnización por mora que hasta ese momento se hubiera generado, de conformidad con lo previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII del artículo 276 de esta Ley.

Para el remate de valores, la Comisión procederá a realizar las siguientes acciones:

- a) Contar con los registros sobre las inversiones en valores de las Instituciones de Seguros autorizadas para operar los seguros de caución, y
- b) Ordenar, bajo apercibimiento de aplicación de la medida de apremio que para este supuesto se prevé con multa prevista en el artículo 472 de esta Ley, el remate o la transferencia de valores una vez transcurridos los cinco días hábiles otorgados a la Institución de Seguros sin que se haya acreditado el pago, para lo cual girará oficio al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores correspondiente, solicitándole llevar a cabo, dentro del plazo improrrogable de cinco días hábiles, el remate o la transferencia de los valores suficientes para cubrir el monto del requerimiento.

Del oficio al que se refiere el inciso b) anterior, deberá entregar copia a la Institución de Seguros, a efecto de que, previo a que fenezca el plazo otorgado, en su caso, manifieste ante la Comisión haber realizado el pago respectivo, informando también al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de que se trate, para los fines correspondientes.

Para los efectos previstos en esta fracción, la Comisión ordenará 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.

Es obligación de los intermediarios del mercado de valores y de las instituciones para el depósito de valores, acatar la orden de remate o de transferencia de valores a un intermediario del mercado de valores para que éste proceda al mismo, que le notifique la Comisión, a efecto de que con el producto del remate adquieran el billete de depósito por el monto que corresponda, a nombre y disposición de la autoridad ejecutora de que se trate, el cual deberá hacerse llegar a la Comisión para que ésta lo entregue a dicha autoridad.

Si se incumple con dicha obligación se hará efectiva la medida de apremio que para dichos supuestos se prevé en el segundo, tercer y cuarto párrafo del artículo 472 de esta ley, y se ordenará nuevamente el remate o la transferencia de valores, para lo cual se otorgará un plazo adicional de cinco días para efectuarlo.

El incumplimiento de la orden en el plazo adicional de cinco días a que se refiere el párrafo anterior, será sancionado penalmente, conforme a lo dispuesto en el sexto párrafo del artículo 498 de esta Ley.

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 tercer párrafo de este inciso

- b) Adicionalmente, en dichos contratos, deberá establecerse que el incumplimiento de la orden de remate o de transferencia será sancionado en términos del artículo 498.

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 esta fracción.

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, a las demás disposiciones aplicables y a la competencia de la Comisión. El incumplimiento de las obligaciones previstas en este artículo, será sancionado por la Comisión conforme a este ordenamiento, con independencia de las demás responsabilidades que del mismo pudieran derivar.

- IV. En caso de inconformidad contra el requerimiento de pago, la Institución de Seguros, dentro del plazo de treinta días señalado en la fracción III de este artículo demandará la nulidad del requerimiento de pago ante la Sala Regional del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa de la jurisdicción que corresponda a la ubicación de los establecimientos o la del apoderado designado, a que se hace cita en la fracción II, primer párrafo, de este artículo, donde se hubiere formulado el citado requerimiento, debiendo la autoridad ejecutora o, en su caso, la Comisión, suspender el procedimiento de ejecución cuando se informe y compruebe que se ha presentado oportunamente la demanda respectiva, exhibiéndose al efecto copia sellada de la misma.

También se suspenderá dicho procedimiento cuando se informe y compruebe ante la ejecutora que, derivado de un medio de defensa legal pendiente de resolución firme, promovido por el contratante del seguro en el que se cuestione el cumplimiento de la obligación principal, se concedió la suspensión de la ejecución del certificado de seguro de caución.

- V. En el mismo requerimiento de pago que formule la autoridad ejecutora se apercibirá a la Institución de Seguros, de que si dentro de los plazos señalados en el presente artículo, no hace el pago de las indemnizaciones que se le reclaman, se le rematarán valores en los términos de este artículo.

VI. El procedimiento de ejecución solamente terminará por una de las siguientes causas:

- a) Por pago voluntario;
- b) Por haberse hecho efectivo el cobro en ejecución forzosa;
- c) Por sentencia firme del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, que declare la nulidad del requerimiento de pago, o
- d) Porque la autoridad que hubiere hecho el requerimiento se desistiere del cobro

Los oficios de desistimiento de cobro, necesariamente deberán suscribirlos los funcionarios facultados o autorizados para ello.

VII. En caso de que la Institución de Seguros sostenga que una póliza o certificado de seguro de caución sean falsos, la Comisión sólo suspenderá o dará por terminado el procedimiento de remate de valores, por resolución expresa que reciba del Ministerio Público o del Juez que conozca del asunto, o bien cuando la Comisión hubiera emitido la opinión a que se refiere el artículo 494 de este ordenamiento, en el sentido de que podría constituirse el delito previsto en el artículo 506, fracción IV, de esta Ley.

VIII. Cuando se haga efectivo un seguro de caución conforme al procedimiento de ejecución establecido en este artículo, la indemnización por mora deberá pagarse de conformidad con lo previsto en el segundo párrafo de la fracción VIII del artículo 276 de esta Ley.

IX. En la determinación del monto del requerimiento por la obligación principal, así como de la indemnización por mora, se considerarán, inclusive, las fracciones del peso como unidad del sistema monetario nacional. No obstante, para efectuar los pagos, los montos que comprendan fracciones de peso se ajustarán a la unidad inmediata inferior cuando contengan cantidades de 1 hasta 50 centavos; de la misma forma, los que contengan cantidades de 51 a 99 centavos, se ajustarán a la unidad inmediata superior.

Ley sobre el contrato de seguro

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 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

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.

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 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 65.- Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

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

Artículo 82 .- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 163.- El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro. En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

Párrafo adicionado DOF 15-04-1946. Reformado DOF 02-01-2002

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Párrafo adicionado DOF 02-01-2002 Artículo recorrido (antes artículo 152) DOF 04-04-2013

Artículo 171.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. Artículo recorrido (antes artículo 160) DOF 04-04-2013

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo

48

Artículo 7. - Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza.

Artículo 8.- El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:

a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento.

- b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia.
- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación.
- III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse

utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos.

- IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado.
- V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:
 - a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;
 - b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y
 - c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes.

- VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores.
- VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.
- VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza.
- IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 23.- En aquellos casos en donde la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Aseguradora tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en este Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento.

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.
Fracción reformada DOF 10-01-2014
- 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
Fracción reformada DOF 10-01-2014
- 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.
Fracción reformada DOF 10-01-2014

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.

Párrafo adicionado DOF 09-03-2018 Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Párrafo adicionado DOF 10-01-2014 Artículo adicionado DOF 05-01-2000

Artículo 68 .- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

Párrafo reformado DOF 05-01-2000, 12-05-2005

- 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.

Fracción reformada DOF 05-01-2000, 12-05-2005, 15-06-2007, 25-06-2009

- 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.

Fracción adicionada DOF 25-06-2009

- II. 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;
Fracción reformada DOF 05-01-2000
- III. 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;

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;

Párrafo adicionado DOF 15-06-2007

Fracción reformada DOF 05-01-2000, 12-05-2005

- IV. 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.

Fracción reformada DOF 05-01-2000, 25-06-2009, 10-01-2014

- V. 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.

Fracción reformada DOF 15-06-2007, 25-06-2009

- VI. 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.

Párrafo adicionado DOF 25-06-2009 Fracción reformada DOF 05-01-2000

- VII. 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.

Párrafo reformado DOF 10-01-2014 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.

Párrafo adicionado DOF 10-01-2014 En caso 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.

Párrafo adicionado DOF 10-01-2014

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.

Fracción reformada DOF 05-01-2000, 12-05-2005, 25-06-2009

- VIII. 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;

Fracción reformada DOF 12-05-2005

- IX. 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
- X. 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.

Fracción reformada DOF 05-01-2000, 12-05-2005, 25-06-2009, 10-01-2014

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno. Fracción adicionada DOF 25-06-2009

Los artículos legales mencionados en las condiciones generales los puede consultar en la página de internet: <http://www.prevemseguros.com.mx> en la sección de Productos.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de enero de 2026, con el número PPAQ-S0112-0068-2025/CONDUSEF-007023-02.

www.prevemseguros.mx

Tecoyotitla 412 Edificio Arenal Piso 3
Colonia Ex Hacienda de Guadalupe
Chimalistac, Ciudad de México.
Álvaro Obregón C.P. 01050
Tel 91•78•26•00
01•800•2•77•38•36

