

condiciones generales

Seguro de Accidentes Personales Escolares



Índice



I. DEFINICIONES.....	4
1. Accidente	4
2. Asegurado	4
3. Aseguradora	4
4. Beneficiario	4
5. Póliza	4
6. Carátula de la póliza	4
7. Inicio de cobertura	4
8. Contratante	4
9. Detalle de coberturas	4
10. Suma asegurada	4
11. Siniestro	4
12. Deducible.....	4
13. Primer gasto	4
14. Extra prima	5
15. Prima	5
16. Prima neta	5
17. Renovación.....	5
18. Reclamación o solicitud de servicios.....	5
19. Reembolso	5
20. Honorarios médicos.....	5
21. Hospitalización	5
22. Anquilosis	5
23. Tratamiento	5
II. CLÁUSULAS GENERALES.....	6
1. Versión de la Póliza	6
2. Contrato	6
3. Vigencia	6
4. Endoso	6
5. Omisiones o declaraciones inexactas	6
6. Modificaciones.....	6
7. Contenido de la Póliza	6
8. Notificaciones	7
9. Reporte de movimientos	7
10. Selección de Riesgo.....	7
11. Moneda.....	7
12. Edad	7
13. Ocupación	8
14. Monto de primas.....	8
15. Formas de pago	8
16. Pagos de prima	8
17. Vencimiento del pago.....	8
18. Pago de dividendos	8
19. Plazo de gracia.....	9
20. Periodo al descubierto.....	9
21. Rehabilitación	9
22. Prescripción	9
23. Renovación.....	9
24. Interés moratorio	10
25. Obligación de asegurar	11

26.	Competencia	12
27.	Terminación anticipada del contrato	12
28.	Cambio de Contratante	12
29.	Subrogación	12
30.	Identificación del Cliente	12
31.	Notificación de comisiones	13
III.	PROTECCIÓN DEL PLAN	14
1.	Descripción de cobertura	14
2.	Periodo de cobertura	14
IV.	COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES.....	15
1.	Cobertura de Muerte Accidental.....	15
2.	Cobertura de Pérdidas Orgánicas.....	15
3.	Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos	16
V.	FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA	18
1.	Ajustes.....	18
2.	Altas.....	18
3.	Bajas.....	18
4.	Registro de Asegurados	19
5.	Beneficiarios	19
6.	Advertencias.....	19
7.	Entrega de Documentación Contractual.	19
VI.	RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES	21
1.	Procedimiento en caso de Reclamación	21
1.1.	Cobertura de Gastos Médicos.....	21
1.2.	Muerte Accidental y Reembolso de Gastos Funerarios.....	22
2.	Pago de indemnizaciones	22
3.	Procedimiento de aplicación de deducible	23

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES

I. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se entenderá:

1. Accidente cubierto

Se considera accidente cubierto aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que lesiona al Asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es) o la muerte. **No se considera como accidente cubierto, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el asegurado.**

2. Asegurado

Persona expuesta a cualquier accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

3. Aseguradora

La Latinoamericana, Seguros, S.A.

4. Beneficiario

Persona física o moral que al momento de un siniestro, que amerite indemnización, según lo establecido en el contrato de seguro, tiene derecho al pago.

5. Póliza

Documento suscrito por La Latinoamericana, Seguros, S.A. en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

6. Carátula de la póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

7. Inicio de cobertura

Fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este contrato de seguro y causa alta en el mismo.

8. Contratante

Persona física o moral que interviene en la celebración del contrato, misma que para efectos de éste, será la responsable del pago de la prima.

9. Detalle de coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A. y del Contratante y/o Asegurado.

10. Suma asegurada

Es la cantidad máxima que está obligada a pagar La Latinoamericana, Seguros, S.A. por cada Asegurado, a consecuencia de un siniestro, de acuerdo a los límites pactados en la carátula de la Póliza, Endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

11. Siniestro

Es la realización del riesgo asegurado o de la eventualidad prevista en el contrato.

12. Deducible

Es la cantidad pactada que se encuentra establecida en el contrato y que será a cargo del Asegurado, por los primeros gastos cubiertos en las indemnizaciones correspondientes a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

13. Primer gasto

Gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de un accidente.

14.Extra prima

Cantidad adicional que el Asegurado se obliga a pagar a La Latinoamericana, Seguros, S.A. por cubrir un riesgo mayor al que se hubiera contemplado originalmente.

15.Prima

Obligación de pago prevista en el contrato de seguro a cargo del Contratante.

16.Prima neta

Importe de prima antes de derecho de póliza, recargo e IVA.

17.Renovación

Emisión consecutiva de la póliza por un periodo de tiempo determinado.

18.Reclamación o solicitud de servicios

Trámite que efectúa el Asegurado ante La Latinoamericana, Seguros, S.A., para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de un accidente. La Latinoamericana, Seguros, S.A. define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

19.Reembolso

Restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto. La Latinoamericana, Seguros, S.A. reintegrará al Asegurado o a sus Beneficiarios, la suma que corresponda después de aplicar las condiciones contratadas.

20.Honorarios médicos

Es la contraprestación que pagan los asegurados por los servicios que reciben de los médicos y enfermeras legalmente autorizados para ejercer su profesión, mediante cédula profesional vigente.

21.Hospitalización

Permanencia del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada médicamente para la atención de un accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

22.Anquilosis

Imposibilidad de movimiento de una articulación que normalmente es móvil.

23.Tratamiento

Conjunto de procedimientos médicos que forman parte de la recuperación o estabilización de la salud del asegurado.

24. SMGV

Salario Mínimo General Vigente

CLÁUSULAS GENERALES

1. Versión de la Póliza

Las modificaciones que se hagan al presente contrato, con posterioridad a la fecha de inicio de su vigencia, constarán en versiones subsecuentes, conservándose el mismo número de póliza.

La vigencia de este contrato es la que se indica en la póliza, la cual, a petición del Contratante o Asegurado y previa aceptación de La Latinoamericana, Seguros, S.A., podrá renovarse o prorrogarse mediante la expedición de la versión subsecuente de la misma, de acuerdo con lo indicado en el párrafo anterior. En dicha versión constarán los términos y la vigencia de la renovación o prórroga.

Los cambios que se hagan al contrato y que se constaten en cada nueva versión, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por los artículos 25 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, quedando sin efectos legales todas las versiones anteriores que obren en poder del Contratante, salvo las estipulaciones que no hayan sido modificadas, las cuales serán reproducidas en su totalidad en la nueva versión, no aplicando para ellas lo establecido en los preceptos legales que se indican en esta cláusula.

2. Contrato

El Contrato de Seguro lo constituyen la Póliza, las Condiciones Generales, la Solicitud, los Cuestionarios, los Exámenes Médicos si los hubiere, las Cláusulas y los Endosos que se le adicionen, además de los Consentimientos, los Certificados Individuales y el Registro de Asegurados.

Mediante este contrato se establece que, La Latinoamericana, Seguros, S.A. se obliga en términos y condiciones del mismo, mediante el pago de una prima, a pagar o indemnizar al Asegurado, según sea el caso, teniendo como límite máximo hasta la suma asegurada correspondiente por un accidente cubierto.

3. Vigencia

El presente contrato estará en vigor durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza. Inicia a las 12 horas del primer día del periodo de seguro contratado y termina a las 12 horas del último día del periodo de seguro contratado.

4. Endoso

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

5. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar según lo solicite La Latinoamericana, Seguros, S.A., por medios escritos de acuerdo con los cuestionarios correspondientes, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a La Latinoamericana, Seguros, S.A. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro. (Artículo 8 y 47 de la Ley sobre el contrato de Seguro).

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

6. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza podrán modificarse, debiendo constar por escrito mediante Endosos o Cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

7. Contenido de la Póliza

"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Este derecho se hace extensivo al Contratante. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Latinoamericana, Seguros, S.A., carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones”.

8. Notificaciones

Artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “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 cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.”

9. Reporte de movimientos

El Contratante se obliga a reportar a La Latinoamericana, Seguros, S.A. los movimientos de altas de Asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que La Latinoamericana, Seguros, S.A., en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento.

Cuando un Asegurado sea dado de baja, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A. cesará desde el momento en que haya surtido la baja.

10. Selección de Riesgo

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

11. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza son liquidables en moneda nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

12. Edad

- a) En las especificaciones correspondientes a las coberturas contratadas, se establecen los límites de edad dentro de los cuales se otorga el seguro, así como la edad de cancelación.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración, la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o en su caso, de la renovación del contrato del seguro hubiere estado fuera de los límites fijados, La Latinoamericana, Seguros, S.A. podrá rescindir los beneficios de la presente póliza para con el Asegurado y La Latinoamericana, Seguros, S.A. devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente a ese Asegurado y al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.
- c) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se hubiere estado pagando una prima mayor, La Latinoamericana, Seguros, S.A. estará obligada a rembolsar al Contratante el 60% de la prima en exceso que hubiere pagado el Asegurado, en el último año de vigencia de la Póliza.
- d) Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondiera por la edad real, la obligación de La Latinoamericana, Seguros, S.A. para con ese Asegurado será igual a la que la prima pagada hubiese podido comprar de acuerdo a la edad real.
- e) Si después de la muerte amparada por esta Póliza se descubre que la edad del Asegurado fue declarado inexactamente, pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados, La Latinoamericana, Seguros, S.A., estará obligada a pagar la Suma Asegurada por muerte, que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- f) La Latinoamericana, Seguros, S.A. se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez comprobado La Latinoamericana, Seguros, S.A. hará la anotación correspondiente en esta Póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas de comprobación.

13. Ocupación

Si el Asegurado cambia a una ocupación, deporte o actividad que agrave el riesgo modificando las condiciones de su contrato inicial, deberá avisar por escrito a La Latinoamericana, Seguros, S.A. Ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación deporte o actividad. Si La Latinoamericana, Seguros, S.A. acepta el riesgo, cobrará la extra prima correspondiente a la nueva ocupación, deporte o actividad, o bien, excluirá los accidentes derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a La Latinoamericana, Seguros, S.A., ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones que se deriven de la nueva ocupación, deporte o actividad.

14. Monto de primas

El monto de la prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de Seguro, la edad y la ocupación del Asegurado. La Prima cubre el ciclo escolar. En cada renovación la prima se determina de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como la extraprima que alcance por concepto de alta siniestralidad, que determine La Latinoamericana, Seguros, S.A., de acuerdo con la experiencia y procedimiento que para tal efecto se fijen.

15. Formas de pago

El Contratante y/o Asegurado puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea en períodos Mensual, Trimestral o Semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Asegurado y La Latinoamericana, Seguros, S.A. al momento de inicio del período del seguro, venciendo éstas a las doce horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

16. Pagos de prima

El Contratante o el Asegurado deberá pagar a La Latinoamericana, Seguros, S.A., las primas que correspondan a su edad alcanzada en la fecha de la solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, contra entrega del recibo expedido por La Latinoamericana, Seguros, S.A.

En caso de siniestro, La Latinoamericana, Seguros, S.A. deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

17. Vencimiento del pago

La prima y cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

18. Pago de dividendos

En el caso de que la póliza haya sido contratada con dividendos, el pago del dividendo se hará al Contratante y/o Asegurado de acuerdo a lo siguiente: El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Colectivos se sujetará a lo siguiente:

- I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica. Se entenderá por: Experiencia Global, cuando la prima de la 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.
- 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: En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones anteriores;
- VI. 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;
- VII. 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.

19. Plazo de gracia

El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago total de la prima o de su primera fracción en los casos de pagos en parcialidades; las primas posteriores vencerán al comienzo del período que comprenda y el Asegurado dispondrá de 15 días para su pago. (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si dentro del plazo de gracia le ocurre un siniestro al Asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente deduciendo la parte faltante de la prima anual vencida que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el plazo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este contrato.

20. Periodo al descubierto

Es aquel lapso en el cual la Póliza no está pagada. Inicia al día siguiente del último día del período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. **No procederá el pago de reclamaciones por accidentes que ocurran durante este período.**

21. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula de primas de las Condiciones Generales, el Asegurado al día siguiente del último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, podrá solicitar su rehabilitación previa valoración y aceptación por parte de La Latinoamericana, Seguros, S.A.

22. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en:

- a) Cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b) Dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido 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 La Latinoamericana.

23. Renovación

La Latinoamericana podrá renovar los contratos de Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del contrato. **En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.**

Esta Póliza se considerará renovada siempre que al inicio de cada año lectivo el Contratante manifieste su voluntad de hacerlo y proporcione la información correspondiente.

El pago de la prima se acredita mediante el recibo extendido en las formas usuales de La Latinoamericana, Seguros, S.A. y que contenga el sello o firma de la persona autorizada para ello se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

No quedan cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuya edad a la fecha de la renovación estén fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

24. Interés moratorio

Si La Latinoamericana no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- 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.

25. Obligación de asegurar

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de expedición de la Póliza, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada. Asimismo se obliga a solicitar seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, dentro de los 30 días siguientes a que las cumplan.

La inscripción de personas con posterioridad a los 30 días mencionados en el párrafo anterior, quedará sujeta a la aceptación previa de La Latinoamericana, Seguros, S.A.

26. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 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 de la negativa de La Latinoamericana, Seguros, S.A. de 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 Asegurado para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

27. Terminación anticipada del contrato

El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente el contrato, notificándolo con 15 días naturales de anticipación, contando La Latinoamericana, Seguros, S.A. con este lapso de tiempo para realizar cualquier aclaración. Transcurrido este plazo, se considera aceptada la terminación del contrato, devolviendo La Latinoamericana, Seguros, S.A. el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

La devolución de la prima se realizará dentro de los 10 días naturales siguientes a la cancelación del contrato, dicha devolución se realizará mediante cheque nominativo para abono en cuenta o bien mediante transferencia bancaria, de acuerdo a lo que solicite el asegurado.

28. Cambio de Contratante

Cuando haya cambio de Contratante y éste no cumpla con lo establecido en las políticas de La Latinoamericana, Seguros, S.A., ésta podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos miembros a la Colectividad Asegurada, 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. La Latinoamericana reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de la participación en las utilidades de este contrato.

29. Subrogación

En caso de siniestro, La Latinoamericana, Seguros, S.A. se subrogará hasta la cantidad pagada por el reembolso de gastos médicos realizado, en todos los derechos y acciones contra terceros que por menoscabo en la salud, existencia o integridad física causada en su persona, le correspondan al Asegurado o a sus dependientes.

El Asegurado o sus dependientes, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuándo se trate de siniestros ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con La Latinoamericana, Seguros, S.A. para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido en la persona.

La falta de cumplimiento de la obligación consignada en el párrafo anterior, así como si por hechos u omisiones del Asegurado o de sus dependientes se impida la subrogación, liberará a La Latinoamericana, Seguros, S.A. de las obligaciones derivadas de este contrato. Si el daño sufrido en la persona fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y La Latinoamericana, Seguros, S.A. concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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 daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

30. Identificación del Cliente

Conforme a la disposición tercera transitoria de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas mediante la cual se establece que seguirán vigentes las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 Ley General de Instituciones Mutualistas de Seguros hasta en tanto no sean dictadas las relativas al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación del día cuatro de abril del dos mil

trece. El Asegurado y/o el Contratante deberán proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

31. Notificación de comisiones

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

II. PROTECCIÓN DEL PLAN

1. Descripción de cobertura

Se considerará como Accidente Escolar toda lesión corporal sufrida por el Asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta proveniente de una fuerza externa y de actos no intencionales mientras:

- a) Realice actividades escolares en las instalaciones de la escuela y dentro del horario escolar registrado.
- b) Asiste a cualquier evento organizado y supervisado por las autoridades de la escuela. Este deberá ser reportado previamente, informando sobre sus actividades a La Latinoamericana, Seguros, S.A.
- c) Viaje en grupo directamente hacia o desde el lugar donde se realicen tales eventos, dentro de la República Mexicana y se encuentre bajo la supervisión de la referida autoridad escolar.
- d) Se dirija de su domicilio a la escuela o viceversa en forma continua e ininterrumpida.

2. Periodo de cobertura

El período de cobertura en el caso del **Ciclo Escolar**, se refiere al período asignado específico (calendario escolar) para dar cumplimiento a las disposiciones que la autoridad educativa señala para la aplicación y ejercicio de las actividades de enseñanza académica de acuerdo al nivel educativo de que se trate, se excluyen por lo tanto de éste los períodos de vacaciones oficiales, así como los días de descanso o feriados. En el caso "Anual" se refiere al **Ciclo Escolar más Curso de Verano**, en donde la escuela desarrolle actividades académicas y de naturaleza optativa para los miembros de la colectividad.

III. COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES

La contratación de alguna de las siguientes coberturas debe reflejarse claramente en la carátula de la Póliza.

1. Cobertura de Muerte Accidental

Si como consecuencia del accidente cubierto, sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere su muerte, La Latinoamericana, Seguros, S.A. pagará a los beneficiarios designados o a falta de estos, a la sucesión del Asegurado, el importe de la Suma Asegurada determinada de acuerdo con la regla que en la carátula de la Póliza se especifica, deduciendo cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por la cobertura de Pérdidas Orgánicas, siempre que estas pérdidas hayan sido producidas por el mismo accidente que provocó la muerte.

En el caso de personas cuya edad esté comprendida entre los 45 días de edad y hasta los 11 años cumplidos, sólo se otorgará sujeto a suscripción el beneficio de Reembolso de Gastos Funerarios. Límites de edad para esta cobertura:

- a) De contratación:
 - Mínima 12 años
 - Máxima 69 años
- b) De cancelación: 70 años

2. Cobertura de Pérdidas Orgánicas

Si como consecuencia del accidente cubierto sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enumeradas a continuación, La Latinoamericana, Seguros, S.A. pagará las siguientes cantidades de acuerdo a la escala contratada.

Por la pérdida de:	De la suma asegurada para esta cobertura, el:	
	Clave	
	A	B
Ambas Manos o Ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una Mano y un pie	100%	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	-	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	-	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	-	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de otra mano	-	20%
El dedo medio, el anular o el meñique	-	5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-	30%
Sordera completa de los oídos	-	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm	-	15%

Se entiende por pérdida de la mano, su anquilosis o separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de él; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal según sea el caso o arriba de la misma y por audición la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza y el Certificado respectivo, en uno o en varios accidentes, La Latinoamericana, Seguros, S.A. pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

Límites de edad para esta cobertura:

- a) De contratación:
Mínima 45 días
Máxima 69 años
- b) De cancelación: 70 años

3. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

Si como consecuencia de un accidente cubierto el Asegurado, dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico y/o quirúrgico. La Latinoamericana, Seguros, S.A. reembolsará independiente de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por esta cobertura, previa su comprobación. **No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.**

Se cubren solamente las lesiones que el Asegurado sufra como consecuencia de un accidente derivado de prácticas, competencias, entrenamientos, ensayos deportivos, artísticos o culturales.

Los gastos que resulten de cualquier tratamiento dental necesarios a causa del accidente, serán reembolsados por La Latinoamericana, Seguros, S.A. hasta un límite un 15% (quince por ciento) de la suma máxima contratada para esta cobertura y los gastos de ambulancia o de traslado del Asegurado hasta un máximo del 5% (cinco por ciento). Estos conceptos disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada para esta cobertura.

Los gastos cubiertos por accidentes se reembolsarán siempre que se efectúen dentro de un período de trescientos sesenta y cinco días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso excedan de la suma asegurada contratada por este concepto o hasta agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

La Latinoamericana, Seguros, S.A. sólo reembolsará los honorarios de médicos y enfermeras tituladas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión ajustados al tabulador de la Compañía, los gastos de hospitalización se reembolsarán siempre que hayan sido pagados a sanatorios u hospitales legalmente autorizados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante y deberán contar con los requisitos fiscales para su pago. Los medicamentos que se paguen serán exclusivamente los relacionados al accidente cubierto.

Se especifica que:

- a) En caso de requerir rehabilitaciones por un accidente cubierto estas serán topadas a 10 sesiones. Y en caso de tramitarlas por reembolso es necesario presentar informe del rehabilitador así como constancia de asistencia a las mismas.
- b) En todos los casos de reembolso, sin excepción alguna, se deberán presentar los documentos requeridos para la identificación del cliente de acuerdo a normas del Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que consisten en llenado de formato, copia de identificación oficial y comprobante de domicilio.

Límites de edad para esta cobertura:

- a) De contratación:
Mínima 45 días
Máxima 69 años
- b) De cancelación: 70 años

V. EXCLUSIONES

1. Riesgos Excluidos

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre la muerte, las lesiones o las pérdidas ocasionadas directa, por alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedad corporal o mental; infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión por un accidente cubierto, tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente cubierto.
- b) Servicio Militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución y alborotos populares. Actos delictuosos y riña en que participe directamente el Asegurado con culpa grave de él.
- c) Lesiones intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo y mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- d) Hernias, eventraciones, envenenamientos de cualquier origen o naturaleza y abortos cualesquiera que sea su causa excepto si es accidental.
- e) Participación en carreras o pruebas de seguridad, de resistencia o de velocidad en automóviles, vehículos de motor, motocicletas, bicicleta o vehículos similares a los mencionados.
- f) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga (excepto cuando éstas estén prescritas por algún médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión y hayan influido directamente en la causa del accidente cubierto).
- g) Inhalación de gas de cualquier clase excepto si es accidental.
- h) Accidentes ocurridos en medios de transporte como motocicleta, motoneta o cualquier vehículo similar.
- i) Lesiones auto infringidas en mayores de 6 años.
- j) Las lesiones a consecuencia de agresiones intencionales en mayores de 6 años.

2. Riesgos Excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio escrito.

Salvo convenio por escrito agregado a esta Póliza como cláusula adicional, este seguro no ampara, la muerte, las lesiones o las pérdidas ocasionadas directamente, en todo o en parte, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que el Asegurado viaje en cualquier aeronave, como piloto, mecánico en vuelo, miembro de la tripulación o con cualquier otro carácter excepto como pasajero con boleto pagado o pase debidamente expedido por una empresa de transporte autorizada para el servicio de pasajeros, que realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.
- b) A bordo de taxis aéreos en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- c) A bordo de cualquier automóvil o vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- d) Si el Asegurado viaja en motonetas o motocicletas u otros vehículos similares de motor.
- e) Por la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo o equitación, caída libre con liga.

IV. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Ajustes

Los ajustes correspondientes en primas se podrán realizar con base al procedimiento de administración que se haya estipulado al momento de la contratación de la póliza.

2. Altas

Los miembros que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del presente contrato y hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada, hasta por el máximo de la Suma Asegurada que se estipule en la carátula de esta Póliza, siempre que reúnan los requisitos siguientes:

Que de las declaraciones contenidas en el consentimiento individual resulte que el solicitante se encuentra en buen estado de salud y no esté incapacitado.

Que la suma asegurada no sea superior a la que se establece en la carátula de la Póliza como máxima a conceder sin examen médico.

Que no excedan la edad máxima de aceptación que figura en la carátula de la Póliza.

Tratándose de miembros que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración de este 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 de la Colectividad Asegurada, La Latinoamericana, Seguros, S.A. dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esta situación, podrá exigir requisitos médicos y otros para asegurarlos, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza. En este caso quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por parte de La Latinoamericana, Seguros, S.A.

Cuando La Latinoamericana, Seguros, S.A. exija requisitos médicos u otros para asegurar a los miembros a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se haya 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.

La Latinoamericana, Seguros, S.A. mientras esté en vigor la presente Póliza incluirá bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a La Latinoamericana, Seguros, S.A. indicándole la protección que corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la Póliza y la fecha de nacimiento.

En caso de no cumplir lo indicado anteriormente y en el punto 23 del numeral II Cláusulas Generales, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de La Latinoamericana, Seguros, S.A., conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir. En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, La Latinoamericana, Seguros, S.A. cobrará la Prima de cobertura escolar de acuerdo a su edad y ocupación.

3. Bajas

Causarán baja de esta Póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a La Latinoamericana, Seguros, S.A., entendiéndose que los beneficios del seguro para esta persona cesarán desde el momento de la separación excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Latinoamericana, Seguros, S.A. a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Latinoamericana, Seguros, S.A.

De acuerdo al Artículo 18 del Reglamento del Seguro Colectivo

La Latinoamericana devolverá la prima neta no devengada de los integrantes dados de baja, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

De acuerdo al Artículo 19 del Reglamento del Seguro Colectivo

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

4. Registro de Asegurados

La Latinoamericana, Seguros, S.A. formará por duplicado, un registro de los movimientos de la Colectividad Asegurada. Un ejemplar será enviado al Contratante quedando el otro en poder de La Latinoamericana, Seguros, S.A. Dicho registro contendrá entre otros datos, los nombres, edades o fechas de nacimiento y sexo de los miembros de la Colectividad Asegurada, las coberturas amparadas, las sumas aseguradas y las correspondientes primas, los números de los certificados individuales que se les expida y el período de vigencia, así como la operación y plan de seguro.

A solicitud por escrito del Contratante y siempre que proceda, La Latinoamericana, Seguros, S.A. modificará el registro.

- a) Con los nuevos listados por altas, que formarán parte integrante del mismo.
- b) Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante deberá hacer lo propio en su ejemplar.
- c) Con el cambio de las sumas aseguradas.
- d) Al renovarse el contrato.
- e) Con cualquier otro cambio que procediere, de acuerdo con este contrato o con la Ley.

5. Beneficiarios

Para efectos de la cobertura de muerte accidental, el Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a La Latinoamericana, Seguros, S.A. indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo el certificado respectivo para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y La Latinoamericana, Seguros, S.A. pague al último beneficiario de que tenga conocimiento, La Latinoamericana, Seguros, S.A. quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato. El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del beneficiario, haciendo una designación irrevocable y que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a La Latinoamericana, Seguros, S.A. y que conste en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

6. Advertencias

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

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

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

7. Entrega de Documentación Contractual.

La Latinoamericana está obligada a entregar al asegurado o 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.

La Latinoamericana dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante y/o Asegurado.

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de La Latinoamericana, comunicándose a los teléfonos 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 01 800 010 0528 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 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 01 800 010 0528 para el resto de la República.

La Latinoamericana 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 la Compañía, en horario de oficina de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs. al teléfono 5521 8055, 5130 28 00 Ext. 1633 y 2828 ó al 01 800 010 0528 ó 01 800 0011900 Ext. 1633 y 2828.

La presente cláusula no aplicará en caso de que la comercialización del seguro sea de forma directa por La Latinoamericana.

V. RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES

1. Procedimiento en caso de Reclamación

Para hacer efectivo su seguro en caso de un accidente, la documentación que deberá recabar será la que a continuación se describe dependiendo del tipo de cobertura que se trate.

1.1. Cobertura de Gastos Médicos

- a) **Carta notificación del accidente** - Máximo, dentro de los 10 días siguientes a la ocurrencia del accidente, expedida por la escuela.
- b) **Aviso de Accidente** - El Asegurado o el beneficiario en caso de accidente, deberá:

- Dar aviso a La Latinoamericana, Seguros, S.A. de cualquier accidente cubierto por esta Póliza que pueda ser motivo de indemnización y deberá estar en vigor la cobertura de la póliza al ocurrir el evento. En caso de retraso en el aviso, en términos del Art. 76 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el reclamante deberá probar que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

“Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.”

- Entregar el formato propio para este trámite recabado en todos sus puntos; es importante que al ser una póliza cuya finalidad es cubrir accidentes escolares, se detalle la ocurrencia del mismo, considerando como se originó, horario en que ocurrió, si fue dentro de la escuela, en trayectos, o actividades escolares, lo cual deberá ser avalado sin excepción alguna por la escuela que ampara la Póliza lo cual se constará con el sello de la misma en el formato descrito y/o bien en carta anexa, que cumpla con dichos requisitos. En el caso de menores de edad dicho formato deberá de ser firmado por el padre y/o tutor. Asimismo dicho formato deberá de ser sellado por la escuela y firmado por el representante legal del colegio.

Si se omite el aviso con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro, se perderá el derecho a los beneficios asegurados.

La Latinoamericana, Seguros, S.A. podrá solicitar todas las pruebas médicas, fe de hechos, actas de ministerio (si el caso lo amerita), estudios de laboratorio y/o gabinete, etc., que sean suficientes para evaluar el siniestro y determinar si el accidente es cubierto o no.

- c) **Informe Médico** - Recabado en todos sus puntos. Se deberá indicar claramente el diagnóstico de la lesión sufrida, fecha de ocurrido, fecha de la primera consulta, tratamiento recibido. En caso de haber realizado un procedimiento quirúrgico menor o mayor indicar claramente en qué consistió. En todos los casos indicar probables secuelas y/o complicaciones, así como indicar si serán necesarias terapias de rehabilitación o tratamiento subsecuente.

En caso de que intervengan más de un médico para la atención del paciente, será necesario que se envíe un formato de Informe Médico por cada uno de ellos, para evaluar la atención recibida.

d) Pago de Servicios

Reembolso- Deberán venir los siguientes documentos sin excepción alguna, a nombre del Asegurado afectado, si es mayor de edad. En el caso de menores de edad, a nombre del padre o tutor.

Nota Importante: En los casos de reembolso, si los recibos y/o facturas para cobro son expedidos a nombre de la Compañía Aseguradora, NO SERÁ POSIBLE, bajo ningún motivo, emitir el cheque y/o el depósito electrónico a nombre del Asegurado Afectado, Padre o tutor por disposiciones fiscales que impiden para tal efecto.

En todos los casos de reembolso, sin excepción alguna, se deberán presentar los documentos requeridos para la identificación del cliente de acuerdo a normas del Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas que consisten en llenado de formato, copia de identificación oficial y comprobante de domicilio.

Pago Directo.-

En el caso de que se tenga una negociación previa con la escuela para otorgar pago directo a proveedores de servicios, los recibos y facturas deberán emitirse a nombre de: La Latinoamericana, Seguros, S.A., con el RFC. LSE-740605-6F6; domicilio Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2 C.P. 06007, Ciudad de México y enviarse directamente para su cobro, previo dictamen procedente de cada caso en particular.

Es de señalarse que el pago directo, sólo aplicará respecto de la primer atención, es decir atención en caso de urgencias.

- Recibos de honorarios médicos. Indicar en todos los casos los conceptos que incluyen ejemplo: Consulta, Cirujano, Ayudantía, Anestesia, etc.
- Facturas de Hospital. Que incluyan el desglose de conceptos. En el caso de que se manejen “comandas” por cada concepto, anexar las mismas para conocer el detalle de cada uno de ellos.
- Facturas de Laboratorio y/o Gabinete. Anexar resultados de los mismos.
- Facturas de farmacia, siempre acompañadas de la receta correspondiente, otorgada por el médico tratante, y desglose de los medicamentos adquiridos.
- Radiografías con interpretación y orden médica para su realización.

Nota: Todos los recibos de honorarios y facturas deberán contar con los requisitos fiscales que exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y presentarse en original.

- Copia de la credencial vigente del niño que lo acredita como estudiante de dicha escuela.
- **No se aceptarán pagos a Instituciones de Beneficencia o establecimientos Oficiales de Servicio.**
- En caso de presentar dos reclamaciones simultáneas, deberá requerir un Informe Médico y Aviso de Accidente por cada Asegurado y accidente y separar los gastos respectivamente.

1.2. Muerte Accidental y Reembolso de Gastos Funerarios

Para proceder la reclamación de Muerte Accidental o Gastos Funerarios por Accidente, el (los) Beneficiario(s), o su representante legal, debe presentarse en la oficina de servicio más cercana a la localidad, con la siguiente documentación:

Declaración de fallecimiento

- Original del Acta de Defunción o copia certificada por el Registro Civil.
- Identificación oficial de los Beneficiarios.
- Acta del Ministerio Público en original y copia certificada. En dicha acta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, anexando el informe de la necropsia de ley.
- Comprobantes de gastos (únicamente si se contrató la cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios).
- En caso de Reembolso de Gastos Funerarios, el cheque se expedirá a nombre de la persona que aparezca en la factura.

En caso de que no haya Beneficiarios asignados por el Asegurado, el pago de la indemnización se hará a los Beneficiarios legales, designados a través de un juicio sucesorio.

2. Pago de indemnizaciones

Después de recibir todos los documentos que permitan conocer el fundamento de la reclamación, para poder dictaminar si procede o no y en caso de que ésta proceda, La Latinoamericana, Seguros, S.A. indemnizará o reembolsará a las personas designadas en la cláusula de beneficiarios, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de los documentos mencionados en La Latinoamericana, Seguros, S.A.

En la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente La Latinoamericana, Seguros, S.A. solo pagará los Honorarios de Médicos y Enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado, dichos honorarios se pagarán con ajuste al tabulador de la Compañía. De igual manera, La Latinoamericana, Seguros, S.A. solo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, etc. prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes.

La Latinoamericana, Seguros, S.A. tendrá derecho, siempre que los juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. Así como solicitar los informes médicos y administrativos necesarios que permitan evaluar el siniestro adecuadamente y estar en posibilidad de realizar el dictamen correspondiente.

La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Latinoamericana, Seguros, S.A. de cualquier obligación.

3. Procedimiento de aplicación de deducible

Sólo opera para el beneficio de Reembolso de Gastos Médicos (pago directo o reembolso, se aplicará únicamente cuando figure en dentro del contrato). De las reclamaciones que se presente, se definirán los gastos procedentes en base a las sumas aseguradas, contratadas, condiciones vigentes al momento de ocurrir el accidente, limitaciones y exclusiones que aparecen en la carátula de la Póliza, Certificado Individual, Condiciones Generales y Endosos correspondientes. A la cantidad resultante de lo anterior, se disminuirá el deducible que de acuerdo a las condiciones de cobertura contratada corresponda.

El resultado obtenido corresponderá a la indemnización que se liquidará sobre la reclamación.

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY DEL CONTRATO SOBRE EL SEGUROS, REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES Y LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 2

Para efectos de esta Ley, se entenderá por:

- V.** Coaseguro, la participación de dos o más Instituciones de Seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con un mismo asegurado;
- XXV.** Reaseguro, el contrato en virtud del cual una Institución de Seguros, una Reaseguradora Extranjera o una entidad reaseguradora del extranjero toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por una Institución de Seguros o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo;
- XXVI.** Reaseguro Financiero, el contrato en virtud del cual una Institución de Seguros, en los términos de la fracción XXV del presente artículo, realiza una transferencia significativa de riesgo de seguro, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento de la entidad reaseguradora; así como el contrato en virtud del cual una Institución de Fianzas, en términos de las fracciones XXIII o XXV de este artículo, realiza una transferencia significativa de responsabilidades asumidas por fianzas en vigor, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento de la entidad reaseguradora o reafianzadora;

Artículo 215

Los contratos de seguro y de fianzas, en general, deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión mediante disposiciones de carácter general, para procurar la solvencia de las Instituciones y en protección de los intereses de los contratantes, asegurados, fiados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro y de fianzas.

Artículo 276

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- 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 277

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

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

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

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

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

Artículo 492

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

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo,

DISPOSICION TRANSITORIA DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

Tercera.- En tanto el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Banco de México y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas dictan los reglamentos y las disposiciones de carácter general a que se refiere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, seguirán aplicándose las expedidas con anterioridad a la vigencia de la misma, en las materias correspondientes, en lo que no se opongan a dicha Ley. Los miembros de la Junta de Gobierno y los servidores públicos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, continuarán en el desempeño de sus funciones y ejerciendo sus respectivas atribuciones, conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y el Reglamento de Inspección y Vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas expedidos con anterioridad a la fecha en que entre en vigor la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Al expedirse las disposiciones a que se refiere esta disposición, se señalarán expresamente aquéllas a las que sustituyan o que queden derogadas.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8

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

Artículo 9

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

Artículo 10

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

Artículo 19

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 21

El contrato de seguro:

I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II. - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 25

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

Artículo 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 34

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

Artículo 40

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

Artículo 41

Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior.

Artículo 47

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º 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 48

La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 49

Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

Artículo 51

En caso de la rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta Ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

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 56

Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

Artículo 60

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 63

La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del Asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

Artículo 64

En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.

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 66

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

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

Artículo 67

Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68

La Latinoamericana quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran 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 71

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 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.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 76

Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 77

En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

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 ocurrido, 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 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 100

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito o indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Artículo 102

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

También operará la concurrencia de seguros en el caso de los seguros contra la responsabilidad en los que el valor del interés asegurado sea indeterminado.

Artículo 103

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas.

Tratándose de la concurrencia de seguros contra la responsabilidad, las empresas de seguros participarán en cantidades iguales en el pago del siniestro. Si se agota el límite o suma asegurada de cualquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado en cantidades iguales por las empresas con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad de cada una de ellas.

Artículo 163

El seguro de personas pueda 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.

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

Artículo 172

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. - Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. - Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. - Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV. - Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Artículo 204

Todas las disposiciones de la presente Ley tendrá el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

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 19

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

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:

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.

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 21

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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:

El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos

que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68

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

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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;

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;

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.

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.

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.

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.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un

representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

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

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

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

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

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;

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.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 14 de febrero de 2017 con el numero CNSF-S0013-0098-2017/CONDUSEF-001070-02.