



CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE SALUD
AMAE



En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de mayo de 2020, con el número CNSF-H0707-0018-2020/CONDUSEF-004246-02.

El Asegurado podrá tener acceso a la consulta de su contrato de seguro, a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.gob.mx/condusef



CONTENIDO

1. DEFINICIONES	5
2. CONTRATO	7
2.1. CONTRATO	7
2.2. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	7
2.3. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	7
2.4. COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	8
2.5. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	8
2.6. CAUSAS DE RESCISIÓN	10
2.7. CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO	10
2.8. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	10
2.9. COMPETENCIA	11
2.10. ELEGIBILIDAD	11
2.11. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	11
2.12. MODIFICACIONES AL CONTRATO	12
2.13. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	12
2.14. RESIDENCIA	12
3. CLÁUSULAS PARTICULARES	12
3.1. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	12
3.2. MEDIO CIERTO DE ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN	14
3.3. COMUNICACIONES	14
3.4. PRECEPTOS LEGALES	15
3.5. NO DISCRIMINACIÓN	15
3.6. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)	15
4. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	15
4.1. PRIMA	15
4.2. MEDIO DE PAGO	16
4.3. PRESCRIPCIÓN	16



5. VIGENCIA DEL SEGURO	16
5.1. INICIO DE VIGENCIA	16
5.2. TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA	16
5.3. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	16
5.4. EDADES DE ACEPTACIÓN	17
6. COBERTURAS BÁSICAS	17
6.1. PRUEBAS DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	17
6.2. SEGUIMIENTO MÉDICO	18
6.3. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL/ ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL O APOPLEJÍA	18
6.4. AMPUTACIÓN	19
6.5. COMA DIABÉTICO	19
6.6. ATAQUE CARDIACO	20
6.7. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL	20
6.8. CEGUERA POR DIABETES MELLITUS	21
7. SUMA ASEGURADA	21
8. EXCLUSIONES GENERALES	22
9. PLAZO DE REVISIÓN DEL SINIESTRO	22
10. PAGO DE INDEMNIZACIONES	22
11. INTERÉS MORATORIO	24
12. MONEDA	24
13. SUBROGACIÓN DE DERECHOS	24
14. TERRITORIALIDAD	24
15. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS	24



General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. en adelante denominada **General de Salud**, mediante este producto, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del Asegurado que padece Diabetes tipo II, que es Pre-Diabético o que no tiene Diabetes, a través de prestación de servicios dirigidos a la medicina preventiva con acciones que se realicen en beneficio del Asegurado, poniendo especial énfasis en la detección oportuna de niveles altos de glucosa y recomendaciones para el cambio de estilo de vida para evitar o retrasar la aparición de la enfermedad o complicaciones de la misma.

Adicionalmente, y con sujeción a lo estipulado en este Contrato, si después de los esfuerzos preventivos, el Asegurado presentara alguna de las complicaciones descritas en las coberturas relacionadas, se ofrece como una consecuencia final, pagar al Asegurado la indemnización que corresponda a las coberturas de esta naturaleza contratadas en los términos definidos en esta Póliza y consignadas en la Carátula y/o Especificación de ésta, siempre que la complicación suceda durante la vigencia de la póliza.

La póliza de seguro, la documentación contractual y las disposiciones que integran el clausulado del contrato de seguro, respetan la dignidad y derechos humanos y fundamentales del Contratante, del Asegurado y de los Beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

1. DEFINICIONES

Para la interpretación y cumplimiento de este Contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

1.1. ACCIDENTE: Toda alteración de la salud resultado de un acontecimiento imprevisto que, ocurrido por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, es decir, ajena a la voluntad del Asegurado o de un tercero, le ocasiona lesiones o daños corporales al Asegurado.

1.2. ASEGURADO: La persona cubierta por el Plan de Salud contratado, cuyo nombre aparece en la Póliza.

1.3. BENEFICIARIO: Persona designada por el Contratante y/o Asegurado para recibir la indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado siempre que se haya presentado alguna de las complicaciones cubiertas.

1.4. COBERTURA: Es el conjunto de beneficios estipulados en la Póliza, ofrecidos por **General de Salud**.

1.5. CONDICIONES GENERALES: Documento que contiene el clausulado general de la Póliza, en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes que integran el Contrato de Seguro.

1.6. CONTRATANTE: Es la persona física o moral que solicita la celebración del presente Contrato para sí o para terceras personas, cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza, y que tiene como obligación el pago de las primas estipuladas en la misma.

1.7. DESARTICULACIÓN: Desencajamiento o separación quirúrgica de miembros que estén articulados entre sí.

1.8. DIABETES MELLITUS: Es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizar en forma eficaz la hormona producida. El resultado en cualquiera de los dos casos es el aumento en los niveles de glucosa o azúcar en la sangre.

1.9. DIABETES MELLITUS I: Antes llamada diabetes insulino dependiente o juvenil, se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.

1.10. DIABETES MELLITUS II: Antes llamada diabetes no insulino dependiente o del adulto, se caracteriza por la incapacidad del cuerpo para utilizar en forma eficiente la insulina, con frecuencia es el resultado del exceso de peso corporal o una vida sedentaria.



1.11. ELEGIBILIDAD: Derecho que se adquiere al reunir todos los requisitos para ser dado de alta en el Plan de Salud de **General de Salud**.

1.12. ENDOSO: Documento emitido por **General de Salud** que modifica, previo acuerdo entre el Contratante y **General de Salud**, las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

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

1.14. ENFERMEDADES PREEXISTENTES: Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

A) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

B) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

1.15. EXPEDIENTE CLÍNICO: Es un documento escrito legal y confidencial, que contienen antecedentes, exámenes, pruebas de laboratorio, diagnóstico, pronóstico, tratamientos y respuesta a los mismos del paciente como tal, se llevan a cabo los registros convenientes para conocimiento del equipo de salud.

1.16. GENERAL DE SALUD: **General de Salud, Compañía de Seguros, S. A.**

1.17. HEMOGLOBINA GLUCOSILADA: Prueba clínica que permite conocer el promedio de los niveles de glucosa en sangre durante los tres meses previos a la prueba. También conocida como hemoglobina glicosilada, hemoglobina glicada, prueba de HbA1c o prueba A1c.

1.18. HOSPITAL: Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud, de carácter público o privado para el diagnóstico y la atención médica y quirúrgica, de personas lesionadas o enfermas, que cuente con sala de intervención quirúrgica y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día. Para fines de esta póliza, el término hospital no incluirá ninguna institución que primordialmente sea un lugar para cuidados ambulatorios, una instalación para ancianos o alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, incluso si la institución está registrada como un hospital o clínica de reposo con las instalaciones adecuadas.

1.19. MANUAL DEL ASEGURADO: Documento de consulta mediante el cual se provee información al Asegurado acerca del funcionamiento del Plan de Salud.

1.20. MÉDICO CERTIFICADO: Médico que cuenta con la certificación en su especialidad, expedida por la Institución Autorizada para ejercer dentro del alcance de su licencia.

1.21. MÉDICO ESPECIALISTA: Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado para ejercer la medicina de su especialidad en la República Mexicana, mediante la cédula profesional que lo avale, expedida por la Institución Autorizada para ejercer dentro del alcance de su licencia.

1.22. NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO: Es un documento que pertenece al expediente clínico con valor legal, el cual debe contener fecha de ingreso/egreso, motivo de ingreso/egreso, diagnósticos iniciales/finales, resumen de la evolución y el estado actual, tratamiento(s) realizado(s), problemas clínicos pendientes, plan de manejo general y terapéutico, recomendaciones para la vigilancia ambulatoria y pronóstico. En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde al certificado de defunción.

1.23. PERIODO DE ESPERA: Es el tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza del Asegurado para que los beneficios sean cubiertos.

1.24. PERIODO DE GRACIA: Plazo con el que cuenta el Contratante o Asegurado para cubrir el importe de la prima y representa el tiempo durante el cual, aunque no esté cubierto el recibo de la



prima, surtirán efecto las garantías estipuladas en la Póliza (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

1.25. PERIODO DE SUPERVIVENCIA: El tiempo que debe transcurrir desde la fecha de diagnóstico del beneficio cubierto hasta la fecha en que el Asegurado puede ejercer el derecho a reclamar.

1.26. PLAN DE SALUD: Paquete de Coberturas y beneficios de Salud, respaldados por **General de Salud**.

1.27. PÓLIZA: Documento que entrega **General de Salud** al Asegurado en el que se encuentran plasmados los derechos, obligaciones, alcances, coberturas, primas pactadas, inicio y término de vigencia. Los derechos y obligaciones plasmados en la Póliza deben ser interpretados de acuerdo con el clausulado que le resulte aplicable (Condiciones Generales y Endosos).

1.28. PREDIABÉTICO: Persona cuyo estado metabólico presenta alteración de sensibilidad a la insulina (hormona que metaboliza los azúcares en el cuerpo) y de la función de las células pancreáticas productoras de insulina, en el que las concentraciones séricas (en sangre) de glucosa oscilan, con valores de referencia normal y elevados (100 a 125 mg/dl).

1.29. SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de **General de Salud**, de acuerdo con el Plan de Salud contratado, por los padecimientos o servicios amparados. El detalle de la suma asegurada por Cobertura se especifica en la Carátula de la Póliza. Está podrá ser en monto o en número de servicios.

1.30. TRATAMIENTO MÉDICO: Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del Asegurado, a causa de un accidente o enfermedad.

2. CONTRATO

2.1. CONTRATO

Se integra por las declaraciones del Contratante y del Asegurado manifestadas a **General de Salud** en la Solicitud, así como la Póliza del Seguro que contienen los derechos, obligaciones, alcances, coberturas, primas pactadas, inicio y término de vigencia que consta de Carátula, Condiciones Generales, Condiciones Especiales, Endosos, Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, y Folleto Explicativo del Asegurado (Manual del Asegurado) forman constancia del Contrato celebrado entre el Contratante y **General de Salud** y bajo el mismo, quedará amparado el Asegurado que ingresa a esta Póliza.

Dicho Contrato amparará aquellos eventos cuyo origen y ocurrencia sea dentro de los límites de la República Mexicana, de acuerdo con el Plan de Salud contratado.

2.2. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

General de Salud se reserva el derecho de requerir una segunda opinión médica para el Asegurado, en caso de que éste se negara a la revisión médica, **General de Salud** quedará liberada de cualquier obligación o gasto derivado del padecimiento y sus complicaciones, de igual forma, el Asegurado podrá solicitar una segunda opinión médica en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

2.3. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante o Asegurado deberá comunicar a **General de Salud** a través de los medios que se indica en la sección de “Comunicaciones” de las presentes Condiciones Generales, las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Asegurado omitiera el aviso o si provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud** en lo sucesivo. Si el Asegurado no cumple con dichas obligaciones, **General de Salud** no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la



extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que el Asegurado, no se realice las tomas de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) indicadas durante la vigencia de la póliza se podrá considerar que el Asegurado incurre en una agravación de riesgo, por lo que **General de Salud** se reserva el derecho de rescindir el Contrato de Seguro quedando liberada de toda responsabilidad contractual presente o futura.

2.4. COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud**, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **General de Salud** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

General de Salud consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

2.5. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL

1. **Al materializarse el riesgo:** Cuando se indemnice de acuerdo con lo descrito en los riesgos cubiertos del apartado “**Coberturas Básicas**”, se entenderá como ejercido el seguro dando por terminado el Contrato.
2. **Falta de Pago:** **General de Salud** podrá dar por terminada la relación por falta de pago de la Prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula “**Primas**” de estas Condiciones Generales.
3. **A petición del Asegurado y/o Contratante:** Para terminar anticipadamente este Contrato, el Asegurado y/o Contratante deberá dar aviso a **General de Salud** de este hecho a través de la aplicación digital (app) o en la línea telefónica de atención a asegurados que se indica en la sección “Comunicaciones” de las presentes Condiciones Generales. **General de Salud** devolverá al Contratante la Prima pagada de los días posteriores a la fecha de cancelación de la póliza (Prima no devengada pagada), de acuerdo con lo siguiente:



Mes de cancelación	Porcentaje por devolver de la Prima no devengada pagada
En el Mes 1	87%
En el Mes 2	88%
En el Mes 3	89%
En el Mes 4	90%
En el Mes 5	92%
En el Mes 6	94%
En el Mes 7	97%
En el Mes 8	100%
En el Mes 9	100%
En el Mes 10	100%
En el Mes 11	100%

La fecha de cancelación surtirá efectos en el momento que el Asegurado y/o Contratante lo solicite a **General de Salud**, ya sea en el mismo día de la petición, o bien en la fecha que el Asegurado y/o Contratante indique.

General de Salud tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor. El porcentaje de las primas no devengadas será devuelto en un plazo no mayor a 30 días, contados a partir de la fecha en que **General de Salud** cuente con la documentación completa y correcta por parte del Asegurado y/o Contratante, y la devolución se realizará en la cuenta bancaria del Contratante que para tal efecto el Asegurado y/o Contratante hayan notificado a **General de Salud**.

Proceso de cancelación a través de la aplicación digital

1. Ingresar usuario y contraseña en la aplicación.
2. Elegir la opción de cancelación de la póliza.
3. Capturar la información y/o cargar los documentos: identificación oficial, comprobante de domicilio, estado de cuenta y cualquier otro documento necesario para dar cumplimiento a la normatividad vigente al momento de la cancelación.
4. Se genera endoso de cancelación con el importe de prima a devolver y se hace llegar al correo electrónico que se tenga registrado
5. Si la documentación está completa y correcta se enviará la transferencia electrónica en un plazo no mayor a 30 días.

Proceso de cancelación a través de la línea telefónica de atención a asegurados

1. Llamar a la línea telefónica de atención a asegurados **55 8869 3926**.
2. Otorgar los datos de identificación y de la póliza.
3. Enviar los documentos solicitados por correo electrónico: identificación oficial, comprobante de domicilio, estado de cuenta y cualquier otro documento necesario para dar cumplimiento a la normatividad vigente al momento de la cancelación.
4. Se genera endoso de cancelación con el importe de prima a devolver y se le hace llegar al correo electrónico que se tenga registrado.
5. Si la documentación es completa y correcta se enviará la transferencia electrónica en un plazo no mayor a 30 días

En tanto **General de Salud** no reciba notificación de la solicitud de cancelación, la cobertura del Plan de Salud continuará en vigor para el Asegurado y éste se obliga a cubrir la prima correspondiente de acuerdo con la periodicidad de pago.



Cualquier actualización al proceso de cancelación antes descrito, será notificada por la aplicación digital (app), estando disponible en las páginas web www.amae.com.mx y www.generaldesalud.com.mx en el apartado de Términos y Condiciones.

2.6. CAUSAS DE RESCISIÓN

Cuando ocurra el riesgo en el periodo de espera: Cuando ocurra alguna de las complicaciones descritas en el apartado de “Coberturas Básicas” dentro del periodo de espera, **General de Salud** estará facultada para dar por concluida la relación contractual.

1). Omisiones o inexactas declaraciones: El presente Contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que **General de Salud** tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Asegurado en el cuestionario que forma parte de la solicitud los hechos tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato para la apreciación correcta del riesgo que se asume, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este Seguro.

En caso de que el Contratante o Asegurado, con el fin de hacer incurrir en el error a **General de Salud** disimulen o declaren inexactamente hechos que puedan excluir o restringir las obligaciones plasmadas en estas Condiciones Generales. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada para la valoración de los antecedentes, desarrollo y atención del Riesgo Asegurado.

General de Salud comunicará a través del correo electrónico que el Asegurado hubiera designado al momento en que contrató el seguro, la rescisión del Contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de las omisiones o inexactas declaraciones.

Lo anterior de acuerdo con lo estipulado por los artículos 8, 9, 10, 47, 48, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.7. CAUSA DE LIBERACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO

En caso de que el Contratante o Asegurado, con el fin de hacer incurrir en el error a **General de Salud** disimulen o declaren inexactamente hechos que puedan excluir o restringir las obligaciones plasmadas en estas Condiciones Generales, **General de Salud** se libera de la obligación de pago. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada.

2.8. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

General de Salud sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente, cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

A) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando **General de Salud** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

B) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.



Con independencia de lo establecido en el capítulo “Pago de Indemnizaciones”, cuando a juicio de **General de Salud** se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado se podrá optar por una forma amigable de solución de controversias, que será sometida a la decisión de un tribunal arbitral, con sede en la Ciudad de México.

Tanto el Asegurado como **General de Salud** nombrarán su árbitro y los dos árbitros así designados nombrarán a un tercero. Si la parte demandada dejara de nombrar a un árbitro dentro de las tres semanas de haber sido requerida por la otra o en caso de no coincidir los dos árbitros en la elección del tercer árbitro, éste será designado por la autoridad jurisdiccional competente

Una vez constituido el tribunal arbitral, la parte demandante dispondrá de cuatro semanas para presentar el caso al tercer perito, dando las razones de la demanda. El árbitro designado por la demandada gozará de un plazo de cuatro semanas para contestar, contando a partir de la fecha en que le sea comunicado el contenido de la demanda.

El tribunal arbitral proporcionará su laudo a más tardar, a los seis meses de haber sido fijada la litis. Excepto especificación diferente en otro inciso de este apartado, los árbitros efectuarán su labor, estando exentos de toda formalidad judicial y podrán decidir libremente sobre la forma del procedimiento.

El tribunal de arbitraje tomará sus decisiones por mayoría de votos fallando en conciencia y atendiéndose a la práctica comercial del seguro. Dictará su laudo con fundamento en la equidad y la costumbre más que en derecho estricto. El tribunal de arbitraje decidirá respecto a la contribución de las partes al costo del arbitraje.

2.9. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de **General de Salud** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de **General de Salud** a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o **General de Salud** proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

2.10. ELEGIBILIDAD

El Asegurado debe cumplir con los siguientes criterios de edad:

Edad mínima de entrada	25 años
Edad máxima de entrada	64 años
Edad máxima de permanencia	69 años

CAUSAS DE INELEGIBILIDAD: Si la persona fue previamente Asegurada del Producto de Diabetes y su cobertura fue terminada por cualquiera de las causas que se especifican en las Cláusulas “Causas de Rescisión”, y “Causas de la Terminación de la Obligación Contractual” a excepción del punto 2 y 3 de esta última Cláusula.

2.11. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

El Asegurado podrá solicitar la rectificación de la Póliza en los términos del artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro que a la letra dice: “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”. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2.12. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre **General de Salud**, el Contratante y/o Asegurado, dichas modificaciones deberán constar en Endosos.

En consecuencia, cualquier persona no autorizada específicamente por **General de Salud**, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

2.13. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Durante la vigencia de la póliza el Asegurado podrá elegir libremente a sus beneficiarios, lo anterior deberá ser notificado a **General de Salud** a través de los medios electrónicos que para tal efecto provea **General de Salud**.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

2.14. RESIDENCIA

Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar protegidos por el Plan de Salud, las personas que residan legalmente y de manera permanente en la República Mexicana.

3. CLÁUSULAS PARTICULARES

3.1. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que **General de Salud** pone a disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y condiciones para la realización de operaciones a través de medios electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la página de internet: www.amae.com.mx y www.generaldesalud.com.mx. En dichos “Términos y condiciones”, el Asegurado podrá consultar de manera detallada:

a) Las operaciones y servicios disponibles: Dado que el presente producto es de carácter exclusivamente digital se podrá realizar a través de los medios electrónicos la cotización, contratación, domiciliación de pago, designación de beneficiarios, cambio de correo electrónico, registro de cuenta bancaria para transferencia de indemnización, consulta de documentación contractual y facturas, requisitos y formatos para trámites, localización de laboratorios participantes, corrección de datos de



identificación, cambio de forma de pago, cambio en Suma Asegurada, y en general cualquier servicio que **General de Salud** ponga a disposición aplicable a la póliza.

b) Medios de identificación del usuario: Para la cotización y contratación del producto de seguro, se deberá proporcionar datos de identificación obligatorios. Posteriormente, para acceder a los demás beneficios y servicios, se deberá descargar la app de AMAE de las tiendas virtuales oficiales, y registrarse en la misma creando la contraseña de al menos ocho caracteres.

c) Responsabilidades por uso de los medios de identificación: El Asegurado será responsable de que los datos que ingrese en nuestra página web y en la app de AMAE, sean correctos y veraces. En caso de ingresar datos de terceros, el Asegurado será responsable de los consentimientos respectivos y del buen uso de los mismos.

d) Mecanismos y procedimientos para la notificación de operaciones y servicios: General de Salud pone a disposición del Asegurado diversos medios de comunicación en relación con las operaciones y servicios derivados del uso de medios electrónicos, como son las páginas web (www.amae.com.mx y www.generaldesalud.com.mx), app AMAE, correo electrónico, y el centro de contacto telefónico de **General de Salud**.

e) Mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas: Siguiendo la naturaleza del producto, exclusivamente digital, para cancelar las operaciones electrónicas, el Asegurado deberá cancelar el seguro a través de los mecanismos de comunicación autorizados.

f) Restricciones operativas: Todas las operaciones y servicios derivados del presente producto, serán gestionadas a través de Medios Electrónicos. No obstante, lo anterior, el Asegurado tiene en todo momento el derecho de ser asistido de manera telefónica a través del centro de contacto telefónico o de modo presencial en cualquiera de las sucursales de **General de Salud**.

El documento de Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos, así como la documentación contractual de este producto, están disponibles para consulta del Asegurado en la red electrónica mundial denominada internet, en la página de AMAE y en la de **General de Salud**, en todo momento actualizadas.

Dependiendo de la naturaleza de las operaciones y servicios realizados, los medios donde constan y se confirman los mismos, son los siguientes:

a. Correo electrónico: Se remitirá al correo electrónico que se registre en la página web, el Kit de emisión que contiene la documentación del producto, así como factura y, posteriormente, el enlace para confirmar el alta en la app de AMAE, y generar la contraseña para tener acceso a todos los beneficios del producto. Asimismo, los trámites de endosos a la póliza se podrán solicitar por este medio.

Para información sobre todos los trámites posteriores a la emisión de la póliza, tales como endosos, cambios de beneficiario, corrección de nombre, etc. **General de Salud** pone a disposición el correo electrónico amae_atencionclientes@gsalud.com.mx, así como el teléfono **55 8869 3926**.

Los mensajes de datos darán constancia de todas estas operaciones.

b. Teléfono: En caso de que no se concluya la adquisición del seguro a través de la página web, **General de Salud** podrá llamar telefónicamente al número que haya registrado para concluir la venta. Asimismo, el Asegurado podrá solicitar la cancelación del producto por el mismo medio.

- **Llamadas de salida:** Como parte del producto, se realizará una llamada de orientación médica telefónica al mes, para seguimiento a la salud del Asegurado.

- **Llamadas entrantes:** Como parte del producto, el Asegurado podrá realizar llamadas las 24 horas del día, los 365 días del año, para solicitar asesoría médica telefónica o administrativa. Asimismo, se podrá solicitar por este medio información sobre trámites, endosos, y cualquier operación relacionada con la póliza.

Se conservarán las grabaciones de dichas llamadas por el periodo que fije la relación jurídica y la normatividad aplicable, como constancia de estas operaciones.



c. Mensajes de Texto SMS: Se remitirán SMS al teléfono celular que se registre, en su caso, información relacionada con la póliza.

d. Aplicación (app) AMAE: Esta app permitirá al Asegurado realizar trámites posteriores a la contratación del seguro, tales como: cambio de correo electrónico, alta de cuenta bancaria para transferencia de indemnización, consulta de documentación contractual y facturas, requisitos y formatos para trámites, localización de laboratorios, entre otros. Esta app, dejará constancia de las operaciones realizadas en la bitácora respectiva. La app podrá ser descargada a través de las tiendas virtuales oficiales de IOS y Android.

La contraseña, deberá ser de al menos ocho caracteres. El uso de la misma es responsabilidad del Asegurado.

g) Riesgos inherentes a la realización de Operaciones Electrónicas: Por la naturaleza de los medios electrónicos, existen riesgos tales como usurpación de identidad, robo de información, software malicioso, fallas tecnológicas, discontinuidad de los servicios, etc. Los Medios Electrónicos de **General de Salud** son razonablemente confiables, si bien ningún sistema informático está exento de riesgos.

h) Sugerencias de seguridad de la información: A fin de prevenir la realización de operaciones irregulares o ilegales que vayan en detrimento del patrimonio de los Usuarios y de **General de Salud**, se sugiere se sigan las siguientes recomendaciones:

1. Nunca dar información confidencial fuera de sitios de confianza, como lo son los relacionados con este producto.
2. No instalar programas cuando se desconoce el fabricante.
3. Evitar conectarse a redes públicas o dudosas.
4. No compartir usuario ni contraseña con terceros.
5. Utilizar antivirus y cortafuegos (firewall).
6. Utilizar contraseñas robustas, y no repetirlas de otros sitios.

3.2. MEDIO CIERTO DE ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

En caso de que el Contratante y/o Asegurado de este seguro desee la consulta de la documentación contractual del mismo, o bien, conocer los procedimientos para cancelar la póliza o para presentar reclamaciones en caso de siniestro, **General de Salud** establece como medio cierto para tales efectos el que el Contratante y/o Asegurado señale en la Solicitud de Seguro de forma expresa. Adicionalmente tendrá disponible la documentación contractual en la aplicación digital (app), o podrá solicitar a través de la línea telefónica de atención a asegurados que se establece en el apartado “Comunicaciones” de las presentes Condiciones Generales, le sea enviada nuevamente.

La documentación contractual correspondiente al seguro contratado se entregará al Contratante y Asegurado a través del correo electrónico que hubiera designado al momento en que contrató el seguro. Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar la documentación vía telefónica en cualquier momento para que le sea reenviada por correo electrónico y también la tendrá disponible en la aplicación digital (app) de asegurados para su descarga directa o reenvío al correo registrado.

3.3. COMUNICACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, el Asegurado o Contratante puede contactar a través de la línea telefónica de atención a asegurados al teléfono **55 8869 3926**, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 19:00 horas, en el correo electrónico amae_atencionclientes@gsalud.com.mx o bien puede acudir a General de Salud, en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de **General de Salud**, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldesalud.com.mx.



Cualquier actualización de los medios de comunicación antes indicados estará disponible en las páginas web www.amae.com.mx y www.generaldesalud.com.mx en el apartado de Términos y Condiciones.

3.4. PRECEPTOS LEGALES

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, el Contratante y Asegurado pueden consultarlos en la página web www.generaldesalud.com.mx o al final de estas Condiciones Generales.

3.5. NO DISCRIMINACIÓN

General de Salud brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de **General de Salud**, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

3.6. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de **General de Salud** a los teléfonos 55 5278.8883, 55 5278.8806 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México, y/o al correo electrónico atencionclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.com.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080, asesoria@condusef.gob.mx, www.generaldesalud.com.mx

4. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

4.1. PRIMA

El Contratante pagará a **General de Salud** el total de la Prima especificado en la Carátula de la Póliza.

La Prima de esta Póliza será la correspondiente a la edad del Asegurado calculada al inicio de vigencia de la póliza, en caso de que el Asegurado indique en el cuestionario, al momento de la contratación del Seguro, que es fumador se le cobrará una extraprima de fumador.

En cada Renovación, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y riesgo médico del Asegurado. Si el Asegurado se realiza las pruebas de hemoglobina indicadas en el apartado de "Coberturas Básicas" y el resultado de éstas es menor a 6.5, en la renovación será acreedor a una Prima preferencial.

Lo anterior, aplicando las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de una reclamación, **General de Salud** podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago.

El Contratante gozará de un plazo de diez días naturales para liquidar el total de la Prima o la fracción correspondiente, en caso de pagos fraccionados, cada uno de estos vencerá al inicio del período que comprende, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



4.2. MEDIO DE PAGO

Los pagos deberán realizarse a través del mismo medio por el cual se contrató el seguro o a través de la línea telefónica de Atención a Asegurados que se establece en la sección “**Comunicaciones**” de las presentes Condiciones Generales.

El pago se realizará con cargo a tarjeta de crédito o débito; el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el cargo, hará prueba plena del pago.

4.3. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos señalados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro donde menciona que dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que **General de Salud** 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. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5. VIGENCIA DEL SEGURO

5.1. INICIO DE VIGENCIA

La vigencia de este Contrato inicia en la fecha que se indica en la Carátula de la Póliza, entrando en vigor desde las 12:00 horas de la fecha de inicio.

5.2. TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA

La vigencia de este Contrato termina en la fecha que se indica en la Carátula de la Póliza, a las 12:00 horas del día indicado como fin de vigencia.

La vigencia no es prorrogable.

5.3. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza será renovada por períodos de un año de forma automática, en caso de que el Contratante no quiera la renovación deberá comunicarlo a **General de Salud** de forma fehaciente, dentro de los últimos treinta días de vigencia de la Póliza existente. La edad máxima de Renovación será hasta los 69 años cumplidos.

El pago de la Prima acreditada mediante el endoso emitido por **General de Salud** se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación **General de Salud** calculará las Primas de acuerdo con la edad alcanzada y riesgo médico del Asegurado, de acuerdo con las tarifas que se encuentren vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Adicionalmente el Asegurado perderá el beneficio señalado en la Cláusula de “Renovación Automática” a que se refiere el párrafo anterior, si **General de Salud** comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo con lo estipulado en el Apartado “Omisiones o Inexactas Declaraciones” de estas Condiciones Generales.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este Contrato se sujetarán a las primas que **General de Salud** tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva. En cada renovación el Asegurado conservará los beneficios adquiridos por antigüedad.

En la renovación de la póliza no debe entenderse que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que



se contrató el seguro originalmente.

Los cambios que a la renovación podrá presentar la póliza, están directamente asociados a la prima.

Las condiciones que se otorgarán mediante el proceso de renovación son:

- **La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.**
- **Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado.**
- **Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.**

5.4. EDADES DE ACEPTACIÓN

Para efectos de este Contrato, los límites de aceptación son desde los 25 años y hasta los 64 años cumplidos.

General de Salud podrá solicitar en cualquier momento, documentos que comprueben la edad del Asegurado inscrito. Una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de inexacta declaración, al momento de celebrar el Contrato la edad del Asegurado estuviere fuera de los límites de aceptación, los beneficios de la presente Póliza quedarán nulos y sin valor para el Asegurado, reintegrando **General de Salud** la Prima como se establece en el Art. 51 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

6. COBERTURAS BÁSICAS

General de Salud ofrece las siguientes coberturas como parte de la prevención y mantenimiento de la salud del Asegurado:

6.1. PRUEBAS DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

Mediante esta cobertura el Asegurado cuenta con dos pruebas de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) durante la vigencia de la póliza, que le ayudarán a medir el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 3 meses, conocer el nivel de este indicador permitirá al Asegurado conocer la etapa de la enfermedad para tomar acciones oportunas y evitar las complicaciones o mantener un estado de salud con apoyo de la cobertura de Seguimiento Médico.

Lo anterior con el objetivo de **prevenir, controlar o detectar** algún cambio en la salud del Asegurado.

El Asegurado podrá realizarse las pruebas de laboratorio indicadas en esta cobertura en la red médica que **General de Salud** tenga disponible sin hacer un pago adicional, de acuerdo con lo siguiente:

Primera prueba: a partir del día 91 de la vigencia de la póliza y hasta el vencimiento de ésta.

Segunda prueba: a partir del día 271 de la vigencia de la póliza y hasta el vencimiento de ésta.

Si el Asegurado se realiza las pruebas de hemoglobina dentro de los primeros 30 días después del día 90 y 270, respectivamente para cada una de las pruebas y el resultado de éstas es menor a 6.5, será acreedor a una tarifa preferencial en la renovación de la póliza.

Cuando el Asegurado se realice alguna de las pruebas podrá consultar sus resultados a través de la aplicación digital (app) o bien llamando a la línea telefónica de atención a asegurados.



6.2. SEGUIMIENTO MÉDICO

Mediante esta cobertura el Asegurado tendrá acceso a una aplicación digital (app) para proveerle información y recomendaciones para modificar el estilo de vida. Los servicios que obtendrá son los siguientes:

- Recibirá información necesaria para comprender qué es la Diabetes Mellitus II referenciada a bibliografía específica.
- Monitoreo y seguimiento de indicadores médicos de acuerdo con la información proporcionada por el Asegurado.
- Planes nutricionales con cálculo y balanceo de porciones, guías de preparación de alimentos, platillos regionalizados y económicos.
- De acuerdo con el grupo de riesgo, provee rutinas de ejercicios adecuados.
- Alertas y recordatorios para programar su toma de medicamentos, consultas, visitas al laboratorio con el fin de fortalecer el apego al tratamiento, que cada Asegurado lleve como parte de su cuidado.

Asimismo, el Asegurado será contactado por **General de Salud**, una vez al mes, para brindarle un acompañamiento médico telefónico, donde recibirá información y **asesoría para el mantenimiento de su salud** con relación a la Diabetes Mellitus II, que le permitirá tener mayor conocimiento y control de su salud. Los servicios que se le proporcionarán son los siguientes:

- Atención a dudas sobre el manejo general de la Diabetes Mellitus II, en cuanto a alimentación, ejercicios y cuidado médico de la enfermedad.
- Seguimiento del resultado de las pruebas de hemoglobina glucosilada, aclaraciones y dudas.
- Seguimiento a las recomendaciones de la aplicación digital.

Adicionalmente, el Asegurado podrá comunicarse con un médico a través de la línea telefónica **800 4360013**, las 24 horas, los 365 días del año para atender cualquier duda en relación con su salud.

En complemento a las acciones de prevención realizadas, el presente producto ofrece un respaldo económico ante la presentación de alguna de las siguientes complicaciones:

6.3. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL/ ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL O APOPLEJÍA.

General de Salud indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir una Enfermedad vascular cerebral o accidente vascular cerebral o apoplejía, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de un episodio agudo de apoplejía y este diagnóstico debe confirmarse con hallazgos en estudios de imagen cerebral. Debe existir muerte irreversible de tejido cerebral por la falta de aporte sanguíneo o hemorragia en la sustancia cerebral o en el espacio subaracnoideo. La apoplejía debe dar como resultado déficit neurológico objetivo permanente, irreversible y evidente al examen físico.

Periodo de supervivencia

Deberá persistir por un periodo continuo de por lo menos 30 días después del inicio de la Enfermedad vascular cerebral/ accidente vascular cerebral o apoplejía.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inclusión de la póliza. Si el Asegurado contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de la fecha de inclusión de la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza contratada. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.



Exclusiones de Enfermedad vascular cerebral/ accidente vascular cerebral o apoplejía.

No serán consideradas como accidente vascular cerebral las siguientes condiciones:

- **Ataque Isquémico Transitorio (AIT).**
- **Daño en el cerebro por accidente o lesión.**
- **Trastornos de los vasos sanguíneos que afectan al ojo, incluido el infarto del nervio óptico o la retina.**
- **Eventos vasculares que afectan la médula espinal.**
- **Apoplejía asintomática silenciosa como hallazgo en un estudio de imagen.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

6.4. AMPUTACIÓN

General de Salud indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada si llegase a ser sometido a la amputación o desarticulación de al menos la totalidad de un dedo de la mano o del pie para tratar la gangrena que ha ocurrido como complicación de diabetes mellitus.

Periodo de supervivencia

Esta cobertura no tiene periodo de supervivencia.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inclusión de la póliza. Si el Asegurado contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de la fecha de inclusión de la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza contratada. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de amputación.

No serán consideradas como amputación o desarticulación las siguientes condiciones:

- **Cualquier amputación traumática o accidental.**
- **Cualquier otra causa de amputación o desarticulación que no sea consecuencia de gangrena por diabetes mellitus.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

6.5. COMA DIABÉTICO

General de Salud indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir un coma diabético, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de coma donde no hay reacción a estímulos externos o necesidades internas como consecuencia de la elevación severa (cetoacidosis diabética o hiperosmolar) o reducción (hipoglucemia) de la glucosa en sangre. El coma debe dar como resultado un déficit neurológico objetivo permanente e irreversible que sea evidente durante la exploración física que haya persistido durante un período continuo de al menos 30 días después del inicio del coma.

Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de por lo menos 30 días después del inicio del coma diabético.



Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inclusión de la póliza. Si el Asegurado contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de la fecha de inclusión de la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza contratada. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de coma diabético.

- **No serán consideradas como coma diabético las siguientes condiciones:**
- **Coma secundario a cualquier condición diferente a Diabetes Mellitus.**
- **Coma médicamente inducido.**
- **Coma resultante del abuso de alcohol o drogas.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

6.6. ATAQUE CARDIACO

General de Salud indemnizará al asegurado la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir un ataque cardiaco, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe realizar el diagnóstico definitivo de infarto agudo al miocardio. Debe existir la muerte de una porción del músculo cardiaco como resultado del aporte sanguíneo inadecuado. Todos los siguientes tres (3) criterios deben estar presentes y ser consistentes con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio:

- Síntomas clínicos;
- Cambios característicos en el electrocardiograma (ECG) y
- Elevación de marcadores bioquímicos específicos del corazón, por encima de los valores normales aceptados.

Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de siete (7) días naturales a partir de la fecha del ataque cardiaco.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inclusión de la póliza. Si el Asegurado contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de la fecha de inclusión de la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza contratada. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de ataque cardiaco:

No serán consideradas como ataque cardiaco las siguientes condiciones:

- **Angina, miocarditis, insuficiencia cardíaca y todas las demás formas de síndromes coronarios agudos.**
- **Cardiomiopatía por estrés (Takotsubo).**
- **Lesión miocárdica aguda debida a arritmias, trauma, embolismo pulmonar o septicemia.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

6.7. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

General de Salud indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir una insuficiencia renal crónica terminal, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de falla renal en etapa terminal como consecuencia de diabetes mellitus cuando se presenta insuficiencia irreversible y total de la función de ambos riñones.



Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de siete (7) días naturales a partir de la fecha de la insuficiencia renal crónica terminal.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inclusión de la póliza. Si el Asegurado contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de la fecha de inclusión de la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza contratada. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de insuficiencia renal crónica terminal:

No serán consideradas como insuficiencia renal crónica terminal las siguientes condiciones:

- **Insuficiencia renal aguda, aun cuando en su tratamiento se utilice la diálisis temporal.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

6.8. CEGUERA POR DIABETES MELLITUS

General de Salud indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir una ceguera por Diabetes Mellitus, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de ceguera, donde existe pérdida permanente e irreversible de la visión de ambos ojos secundaria a diabetes mellitus. El examen de la agudeza visual debe mostrar uno (1) de los siguientes:

- Pérdida de la visión en el mejor ojo, logrando una agudeza visual corregida menor de 20/200 (<0.1); o
- Restricción del campo visual a 20 grados o menos en ambos ojos.

Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de siete (7) días naturales a partir de la fecha de la ceguera por Diabetes Mellitus.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de inclusión de la póliza. Si el Asegurado contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de la fecha de inclusión de la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza contratada. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de ceguera por Diabetes Mellitus:

No serán considerados como ceguera los siguientes eventos:

- **La ceguera no debe ser corregible con auxiliares o procedimientos quirúrgicos.**
- **La ceguera que no sea consecuencia de Diabetes Mellitus.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

7. SUMA ASEGURADA.

El límite máximo de responsabilidad que **General de Salud**, otorgará al Asegurado en cada cobertura es: **HEMOGLOBINA GLUCOSILADA:** El Asegurado contará con dos pruebas de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) durante la vigencia de la póliza.

SEGUIMIENTO MÉDICO: El Asegurado será contactado por **General de Salud**, una vez al mes durante la vigencia de la póliza, para brindarle un acompañamiento médico telefónico, donde recibirá información y asesoría para el mantenimiento de su salud con relación a la Diabetes Mellitus II.



COBERTURAS DE LOS PUNTOS DEL 6.3. AL 6.8. DESCRITAS EN EL APARTADO DE “COBERTURAS BÁSICAS”: Se otorgará al Asegurado, en caso de ocurrir alguna de las complicaciones descritas en estas coberturas, la indemnización que se estipula en la carátula de la póliza, ésta se pagará una sola vez en la vigencia de la póliza y con ello se dará por concluida la relación contractual.

En caso de que un Asegurado cuente con más de una póliza del Producto Diabetes, la Suma Asegurada máxima anual contratada por un Asegurado no podrá ser mayor a MXN 200,000.

8. EXCLUSIONES GENERALES

- a. **Enfermedades preexistentes excepto Diabetes Mellitus Tipo II, la alteración de la glucosa en ayunas o la alteración de la glucosa preexistente.**
- b. **Diabetes tipo I incluyendo todas sus complicaciones.**
- c. **Síndromes coronarios agudos menores, Insuficiencia coronaria aguda, todos los tipos de angina de pecho, incluyendo angina de pecho estable e inestable y angina decúbito, síndrome intermedio, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST en el electrocardiograma y angioplastia sin infarto.**
- d. **Paraplejía, hemiplejía o cuadriplejía incompleta, paraparesia, hemiparesia o cuadriparesia, hemiplejía cortical.**
- e. **Cualquier Beneficio no definido como cubierto en la sección de coberturas básicas.**
- f. **El pago de indemnizaciones por daños y perjuicios o daño moral; que no tengan nexos causal directo con el siniestro.**

9. PLAZO DE REVISIÓN DEL SINIESTRO

General de Salud tendrá un plazo no mayor a treinta (30) días naturales a partir de haber recibido del Asegurado, o en caso de fallecimiento del Asegurado, de sus Beneficiarios, el aviso y la documentación, a que se refiere la sección “PAGO DE INDEMNIZACIONES” de las presentes Condiciones Generales, para determinar la procedencia de la reclamación, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que **General de Salud** haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación, de acuerdo al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurado, o en caso de fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios deberán llenar el Aviso de Reclamación que podrá encontrar en www.generaldesalud.com.mx y www.amae.com.mx/pages/proceso-de-indemnizacion, éste será entregado a **General de Salud** junto con los documentos necesarios para comprobar fehacientemente la materialización del riesgo de que se trate, a través de nuestros puntos de servicio: aplicación digital (app) o en la línea telefónica de atención a asegurados que se establece en el apartado “Comunicaciones” de las presentes Condiciones Generales, dentro de los primeros 5 días después de haber cubierto con el periodo de supervivencia y la afectación de cualquiera de las Coberturas amparadas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Proceso de solicitud de indemnización

A través de la aplicación digital

1. Ingresar usuario y contraseña en la aplicación.
2. Elegir la opción de solicitud de indemnización.



3. Capturar la información solicitada.
4. Cargar los documentos solicitados:
 - a. Identificación oficial del Asegurado y comprobante de domicilio.
 - b. Aviso de Reclamación, requisitado en forma completa y legible.
 - c. Informe Médico de **General de Salud**, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos tratantes que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado. Debe incluir datos del médico: cédula, especialidad y anexarse copias de estudios médicos realizados que corroboren la afectación de la cobertura reclamada.
 - d. Estado de cuenta a nombre del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.
 - e. Cualquier otro documento que **General de Salud** considere necesario para la apreciación de la reclamación.
5. Se le hará llegar al correo electrónico registrado la información del registro del trámite y se le proporcionará un número de folio para el seguimiento.
6. El trámite pasará al área de **Dictamen Médico** y en un plazo no mayor a 30 días naturales se determinará la procedencia de la reclamación.
7. En caso de determinarse procedente la reclamación recibirá la transferencia electrónica.

A través de la línea telefónica de atención a asegurados

1. Llamar a la línea telefónica de atención a asegurados **55 8869 3926**.
2. Otorgar los datos de identificación y de la póliza del cliente a **General de Salud**.
3. Enviar los documentos solicitados por correo electrónico a **General de Salud**.
 - a. Identificación oficial del Asegurado y comprobante de domicilio.
 - b. Aviso de Reclamación, requisitado en forma completa y legible.
 - c. Informe Médico de **General de Salud**, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos tratantes que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado. Debe incluir datos del médico: cédula, especialidad y anexarse copias de estudios médicos realizados que corroboren la afectación de la cobertura reclamada.
 - d. Estado de cuenta a nombre del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.
 - e. Cualquier otro documento que **General de Salud** considere necesario para la apreciación de la reclamación.
4. Se le hará llegar al correo electrónico registrado la información del registro del trámite, y se le proporcionará un número de folio para el seguimiento.
5. El trámite pasará al área de **Dictamen Médico** y en un plazo no mayor a 30 días naturales se determinará la procedencia de la reclamación.
6. En caso de determinarse procedente la reclamación recibirá la transferencia electrónica.

General de Salud podrá efectuar las comprobaciones necesarias para verificar la procedencia del siniestro, por lo que le corresponde al reclamante facilitar la información que para tal efecto requiera **General de Salud**, así como autorizar a su médico tratante y lugares de atención médica en que fue atendido, para que los mismos proporcionen a los Médicos de **General de Salud** toda la información requerida para efectos de dicha cobertura, misma que será manejada confidencialmente, deberá incluirse la autorización del Asegurado para tener acceso a la información médica correspondiente.

En caso de fallecimiento del Asegurado el pago de la indemnización será liquidada por **General de Salud** a los Beneficiarios designados y a falta de designación de Beneficiarios, a la sucesión del Asegurado.



Cualquier actualización al proceso de indemnización antes descrito, será notificada por la aplicación digital (app), estando disponible en las páginas web www.amae.com.mx y www.generaldesalud.com.mx en el apartado de Términos y Condiciones.

11. INTERÉS MORATORIO

En caso de que **General de Salud**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, o tercero dañado, una indemnización por mora de acuerdo con lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

12. MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sea por parte del Contratante, el Asegurado o de **General de Salud**, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria Vigente en la fecha en que se efectúe el mismo.

13. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos en los términos del artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. **General de Salud** podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros en razón de alteración de la salud del Asegurado, que haya originado la afectación de alguna de las Coberturas amparadas por esta Póliza.

El derecho a la subrogación no procederá en el 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.

14. TERRITORIALIDAD

La Póliza será aplicable a los Asegurados que sean residentes de los Estados Unidos Mexicanos al momento de la emisión de la póliza.

15. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CITADOS

Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

**Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro”.

Artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“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 51 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“En caso de 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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“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 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones”.

**Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:**

“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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior”, (refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).

Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

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 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al



público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos”.

Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

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

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

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

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

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de



- las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
 - III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
 - IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
 - V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
 - VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
 - VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
 - VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
 - a) Los intereses moratorios;
 - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, 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 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“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 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

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



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

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

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

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

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



y a proporcionar información a las autoridades competentes.

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

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

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

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

Artículo 50 BIS de la Ley 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:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción y Fracción reformada DOF 10-01-2014.
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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 de la Ley Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:**

“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. Fracción reformada DOF 05-01-2000, 12-05-2005, 15-06-2007, 25-06-2009
- I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.
 - 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. Fracción reformada DOF 05-01-2000, 25-06-2009, 10-01-2014
 - V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción 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.
- VIII. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.



Párrafo adicionado DOF 10-01-2014 En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución; Fracción reformada DOF 12-05-2005

- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.
- 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 día 13 de mayo de 2020, con el número CNSF-H0707-0018-2020/CONDUSEF-004246-02.