

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

CHUBB®



Contenido

Cláusula 1ª. Definiciones	5
Cláusula 2ª. Cobertura Básica	8
Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional	8
Cláusula 3ª. Extensiones de Cobertura	8
A. Herederos Legales	8
B. Cónyuges	9
C. Gastos de defensa incurridos en una investigación iniciada contra el Asegurado	9
D. Responsabilidad Civil por productos suministrados y uso de instrumentos médicos	9
E. Médico Suplente	9
F. Periodo Extendido para Notificaciones en caso de Incapacidad Total y Permanente o Muerte	9
G. Empleados No Profesionales	10
Cláusula 4ª. Exclusiones Generales y Específicas	10
Cláusula 5ª. Coberturas Adicionales u Opcionales	14
Cláusula 5.1. Uso de Sangre	14
Cláusula 5.2. Daños Corporales Derivados del Uso de Transporte de Pacientes en Ambulancias y/o Aeronaves	15
Cláusula 5.3. Visitas a Domicilio	15
Cláusula 5.4. Responsabilidad Civil Arrendatario	15
Cláusula 5.5. Uso y Mantenimiento	16
Cláusula 6ª. Límite Máximo de Responsabilidad	16
Cláusula 7ª. Deducible	17
Cláusula 8ª. Reglas sobre Notificaciones y Obligaciones del Asegurado	17
Cláusula 9ª. Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación	19
Cláusula 10ª. Distribución	19
Cláusula 11ª. Prórroga para Notificaciones	19

Cláusula 12 ^a . Terminación Anticipada	20
12.1 Terminación Anticipada de una Constancia de Aseguramiento cuando la modalidad del seguro es de Colectividad Asegurada	21
Cláusula 13 ^a . Agravación del Riesgo	21
Cláusula 14 ^a . Otros Seguros	23
Cláusula 15 ^a . Comunicaciones y Representatividad	23
Cláusula 16 ^a . Cesión	23
Cláusula 17 ^a . Delimitación Temporal	23
Cláusula 18 ^a . Pago de Primas	24
Cláusula 19 ^a . Renovación	24
Cláusula 20 ^a . Moneda	24
Cláusula 21 ^a . Subrogación	25
Cláusula 22 ^a . Consentimiento para Negociar	25
Cláusula 23 ^a . Modificaciones y Cambios en los Términos de la Póliza	25
Cláusula 24 ^a . Legislación Aplicable al Contrato de Seguro	26
Cláusula 25 ^a . Competencia	26
Cláusula 26 ^a . Prescripción	26
Cláusula 27 ^a . Límite Territorial	26
Cláusula 28 ^a . Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	27
Cláusula 29 ^a . Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	27
Cláusula 30 ^a . Entrega de Documentación Contractual para el caso de Celebración de Contrato por Internet o por Conducto de Prestador de Servicios al que se refiere el Art. 102 y 103 de la LISF	27
Cláusula 31 ^a . Omisiones y/o Inexactas Declaraciones	28
Cláusula 32 ^a . Indemnización por Mora	28
Cláusula 33 ^a . Títulos o Encabezados	28

Cláusula 34 ^a . Contratación del Uso de Medios Electrónicos	28
Cláusula 35 ^a . Modalidades de Contratación de este Seguro	28
Invitación a Consultar el RECAS	29
Anexo de Referencias Legales	30
¿Qué hacer en caso de Reclamación?	47
Consentimiento para la entrega de la Documentación Contractual Vía Correo Electrónico	50
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)	51

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

Basado en las declaraciones hechas en el formulario de solicitud de seguro debidamente contestado por el **Contratante** y/o **Asegurado** según corresponda, las cuales forman parte de esta **Póliza**, Chubb Seguros México, S.A. y el **Contratante** y/o **Asegurado** acuerdan lo siguiente:

Cláusula 1ª. Definiciones

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla y con la primera letra en mayúscula a lo largo de esta **Póliza**, han sido definidas y deben ser entendidas indistintamente en su forma singular o plural de acuerdo con la definición que se les otorga a continuación:

1. **Actos Médicos:** Conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a terceros por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de técnicos y/o auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables.

Se entienden como **Actos Médicos:** consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración o receta de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un **Paciente**.

2. **Acto Médico Negligente:** Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento, impericia, mal juicio, error, abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionadas o en ejecución de los **Servicios Médicos Profesionales** prestados por el **Asegurado**.
3. **Anestesiólogo:** Persona física que cuenta con cédula profesional vigente expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y/o autorización, permiso, especialidad o licencia para la preparación y suministro de anestesia.
4. **Asegurado:** Significa la persona que en su calidad de **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** cuenta con autorización emitida por la respectiva autoridad competente para desempeñar la especialidad señalada en la **Carátula de la Póliza** y/o **Constancia de Aseguramiento**, cubierta bajo el presente contrato de seguro.
5. **Aseguradora o Compañía:** Significa Chubb Seguros México, S.A.
6. **Carátula de la Póliza:** Es el documento que emite la **Aseguradora**, en donde constan, entre otras cosas, la información particular del **Contratante** y/o **Asegurado**, los **Servicios Médicos Profesionales** cubiertos, la **Vigencia de la Póliza**, las primas de este seguro, coberturas amparadas, deducibles, **Sumas Aseguradas** y, en su caso, la **Prórroga para Notificaciones**.
7. **Colectividad Asegurada:** Esta definición sólo operará en caso de que este seguro haya sido contratado bajo la modalidad de **Colectividad Asegurada** por parte del **Contratante**, y se entenderá que al amparo de este seguro varios **Prestadores de Servicios Médicos** son **Asegurados** bajo esta misma **Póliza**.

8. **Constancia de Aseguramiento:** Es el documento que emite la **Aseguradora** para hacer constar de manera individualizada la información de cada **Asegurado** amparado en esta **Póliza**. La **Constancia de Aseguramiento** sólo será emitida en el supuesto de que este seguro haya sido solicitado por el **Contratante** a favor de uno o varios **Asegurados** bajo esta misma **Póliza** bajo la modalidad de **Colectividad**.
9. **Contaminantes:** Significa cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, los cuales, de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.
10. **Contratante:** Persona física o moral cuya propuesta de seguro (a nombre propio o a favor de uno o varios **Asegurados**) ha aceptado la **Compañía** en los términos de la presente **Póliza**, con base en los datos e informes proporcionados por aquélla, y que es la responsable ante la **Compañía** del pago de las primas de este seguro.
11. **Daño Corporal:** Significa cualquier lesión, enfermedad mental, trastorno emocional, herida corporal, ansiedad, tensión mental, sufrimiento emocional (fuera o no resultante de la lesión) y/o hasta muerte causada por al **Paciente** como consecuencia de un **Acto Médico Negligente**.
12. **Deducible:** Significa la primer cantidad o porcentaje que es parte de la **Pérdida**, que se encuentra estipulada en la carátula y/o **Constancia de Aseguramiento** de la **Póliza**, que debe ser cubierta o está a cargo del **Asegurado**, y a partir de su excedente comienza la obligación de pago de la **Aseguradora**.

Lo anterior en el entendido de que la obligación de pago de la **Aseguradora** no estará sujeta al condicionamiento del pago previo del deducible, toda vez que la obligación de pago de la indemnización no está sujeta a condición alguna.
13. **Empleado no profesional:** Significan aquellas personas físicas que laboran de manera independiente y que pueden ser contratados por **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** a efecto de que apoyen o auxilien a éstos últimos en las labores de **Servicios Médicos Profesionales**, sin que lleguen a ejecutar o realizar **Actos Médicos**, por no estar autorizados para tal efecto conforme a las leyes aplicables.
14. **Endoso:** Documento emitido por la **Aseguradora** que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones de esta Póliza.
15. **Fecha de Retroactividad:** Significa la fecha especificada como tal en la carátula de la **Póliza** y/o **Constancia de Aseguramiento** a partir de la cual se otorga cobertura al **Asegurado** bajo los términos de esta **Póliza**.
16. **Gastos de Defensa:** Significa cualquier retribución económica por servicios profesionales brindados por abogados, peritos y demás profesionales contratados por el **Asegurado** que intervengan en la defensa del **Asegurado** ante una **Reclamación**, así como las costas y gastos del **Proceso Legal**, incluyendo fianzas o cauciones judiciales que fehacientemente hayan sido aprobados por la **Aseguradora** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado**.
17. **Incapacidad Total y Permanente:** Significa la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, que puede ser por alguna lesión, accidente o una enfermedad.
18. **Indemnización:** Significa cualquier suma de dinero, compensación o monto compensatorio que el **Asegurado** esté legalmente obligado a pagar como consecuencia de una **Reclamación** y establecida en una sentencia condenatoria dictada por autoridad competente. Se incluye dentro de la **Indemnización** todas las cantidades que deba pagar el **Asegurado** en virtud de los acuerdos y/o convenios judiciales o extrajudiciales que llegue a suscribir el **Asegurado** para dar por terminada la **Reclamación**, mismos que tienen que ser negociados y acordados previamente por la **Aseguradora**.

Indemnización no comprende:

- I. Las multas y/o sanciones de cualquier tipo (salvo las multas y sanciones ocasionadas a un tercero por un Acto Médico Negligente del Asegurado cuando las mismas no se relacionen con actos dolosos o fraudulentos).**
- II. Daños punitivos, ejemplarizantes o similares a éstos.**
- III. Las cantidades que no puedan ser cobradas al Asegurado por sus acreedores.**
- IV. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes mexicanas.**

19. **Paciente:** Significa la persona física que recibe atención mediante la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** por parte del **Asegurado**.

20. **Pérdida:** Significa el pago de forma conjunta o por separado y de manera indistinta, ya sea de una **Indemnización** y/o de los **Gastos de Defensa** del **Asegurado**.

21. **Póliza:** Se entenderá como este contrato de seguro, integrado por el formulario solicitud, **Carátula**, condiciones generales, endosos y folleto de los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, en los que constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes y, en su caso, **Constancias de Aseguramiento**.

22. **Prestador de Servicios Médicos Profesionales:** Significa la persona física que a la fecha del **Acto Médico Negligente** cuenta con cédula profesional vigente expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y/o autorización, permiso, licencia o certificado vigente y expedido por autoridad competente conforme a la normatividad en vigor en la República Mexicana para llevar a cabo **Servicios Médicos Profesionales**.

Se considerarán como **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** a los médicos, odontólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados.

23. **Proceso Legal:** Significa cualquier procedimiento civil, penal, arbitral y/o administrativo iniciado y/o presentado por el **Paciente**, sus familiares, tutores o Beneficiarios en los juzgados, tribunales y/o cortes que conocen de estos procesos y que se inicien y/o presenten alegando un **Acto Médico Negligente** por los **Servicios Médicos Profesionales** brindados por el **Asegurado**.

24. **Prórroga para Notificaciones:** Significa el periodo de tiempo con extensión de cobertura que se **otorga** de acuerdo con la cláusula 11ª, de estas condiciones generales, y que se establece en la **Carátula de la Póliza**.

25. **Reclamación:** Significa:

- I. Toda demanda o procedimiento instaurado por el **Paciente**, sus familiares y/o su representante legal, en contra del **Asegurado** o en contra de los **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** que presten **Servicios Médicos Profesionales** en asistencia y bajo la supervisión del **Asegurado**, en razón de una relación laboral con el propio **Asegurado**, ya sea por la vía civil, penal, arbitral o ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para obtener una **Indemnización** del propio **Asegurado** originada por un **Acto Médico Negligente** cometido por éste o por sus **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales**.

- II. Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración por parte de una autoridad competente de que el **Asegurado** es responsable de un **Daño Corporal** causado a un **Paciente** como resultado o derivado de un **Acto Médico Negligente**.
- III. Cualquier procedimiento o investigación administrativa o judicial relacionada con un **Acto Médico Negligente** del **Asegurado** cuando sea alegado por un **Paciente** y sujeto a lo establecido en esta **Póliza**, o

Los tres puntos que anteceden se considerarán **Reclamaciones** siempre y cuando estén relacionadas con una **Pérdida** cubierta bajo la presente **Póliza**.

- 26. **Reconocimiento de Antigüedad:** Significa la fecha especificada en la **Carátula y/o Constancia de Aseguramiento** de la **Póliza** y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con la **Aseguradora** bajo los términos de esta **Póliza**.
- 27. **Servicios Médicos Profesionales:** Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** cuya especialidad esté especificada en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento** y que el **Asegurado** preste a terceros y por cuya **prestación** el **Asegurado** reciba un pago por honorarios, por nómina y/o cualquier tipo de retribución, o bien, cuando actué en cumplimiento de su deber de prestar asistencia médica en casos de notoria urgencia.
- 28. **Suma Asegurada o Límite Máximo de Responsabilidad:** Es el límite máximo de responsabilidad de la **Aseguradora** al amparo de esta **Póliza**. La **Aseguradora** sólo pagará las **Pérdidas** que se encuentren cubiertas conforme a estas condiciones hasta el límite de la **Suma Asegurada o Límite Responsabilidad** señalado en la **Carátula de la Póliza y/o en la Constancia de Aseguramiento**.
- 29. **Vigencia de la Póliza:** Significa el espacio de tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia **indicada** en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento** y la terminación o expiración o de esta **Póliza**.

Cláusula 2ª. Cobertura Básica

Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional

Por la presente **Póliza**, la **Aseguradora** pagará, en exceso del **Deducible**, y hasta la suma asegurada contratada, la **Pérdida** proveniente de una **Reclamación** presentada por primera vez en contra del **Asegurado** y derivada de un **Acto Médico Negligente** en la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales** durante la **Vigencia de la Póliza y/o durante la Prórroga para Notificaciones**, en caso en que esta última sea contratada por el **Asegurado**.

Los **Actos Médicos Negligentes** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la **Fecha de Retroactividad** especificada en la **Carátula de la Póliza** y hasta el fin de la **Vigencia de la Póliza**.

Cláusula 3ª. Extensiones de Cobertura

En adición a lo establecido en la cláusula anterior, la **Póliza** amparará hasta por el **Límite de Máximo de Responsabilidad** señalado en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento** y sujeto a los términos y condiciones de esta **Póliza**, lo siguiente:

A. Herederos legales

En el caso de fallecimiento o insolvencia de cualquier persona física considerada como **Asegurado**, la presente **Póliza** se extenderá a cubrir la **Pérdida** proveniente de una **Reclamación** interpuesta contra la masa hereditaria o herederos del **Asegurado** por causa de un **Acto Médico Negligente** en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales** de acuerdo con las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente **Póliza**.

B. Cónyuges

La cobertura se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona física que sea **Asegurado**, cuando su cónyuge deba asumir la **Pérdida** derivada de una **Reclamación** basada en un **Acto Médico Negligente** cometido por el **Asegurado** en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales** y que, como consecuencia, se pretenda obtener **Indemnización** del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo con las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente **Póliza**.

C. Gastos de defensa incurridos en una investigación iniciada contra el Asegurado

La definición de **Gastos de Defensa** se extiende a cubrir hasta el límite de responsabilidad señalado para tal efecto en la **Carátula de la Póliza** y/o en la **Constancia de Aseguramiento**, los gastos y honorarios que se generen de la defensa legal del **Asegurado** y de la comparecencia del **Asegurado** en cualquier procedimiento administrativo o investigación formal relacionada con un **Acto Médico Negligente** del **Asegurado** en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales**.

D. Responsabilidad civil por productos suministrados y uso de instrumentos médicos

La presente **Póliza** se extiende a cubrir las responsabilidades derivadas del suministro, prescripción o administración de medicamentos o provisiones médicas o dentales, así como el uso de instrumentos propios de la medicina cuando el **Asegurado** los utilice y/o suministre en el desempeño de los **Servicios Médicos Profesionales** especificados en la **Carátula de la Póliza** y/o **Constancia de Aseguramiento**. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **Asegurado** en el uso de dichas herramientas médicas, en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas en conexión directa con los **Servicios Médicos Profesionales** que preste.

La presente extensión no cubrirá de ninguna manera y en ningún caso, Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuible al diseño o manufactura de bienes o productos vendidos, proporcionados o distribuidos por el Asegurado o por otro bajo su permiso o mediante licencia otorgada por el Asegurado.

E. Médico Suplente

Se cubre la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** de la misma especialidad que el **Asegurado** haya declarado a la **Aseguradora** y que esté en la carátula de la **Póliza** y/o en la **Constancia de Aseguramiento** y que facilite en sustitución del **Asegurado**, un **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** distinto por un tiempo provisional determinado, siempre y cuando la **Aseguradora** cuente con prueba fehaciente de que la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales** en sustitución se hayan realizado por designación previa y libre del **Asegurado**.

Para dicho **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** suplente aplicarán todos los términos y condiciones de la presente **Póliza**, por el periodo que previamente sea acordado.

F. Periodo Extendido para Notificaciones en caso de Incapacidad Total y Permanente o Muerte

De acuerdo con las disposiciones de la **Cláusula 11 Prórroga para Notificaciones**, se otorgará, previo acuerdo de la **Aseguradora**, sin prima adicional y por tiempo a ser convenido, una **Prórroga para Notificaciones** en los casos en que el **Asegurado** muera o sufra algún accidente o enfermedad imprevista y ajena a su voluntad y por la cual se vea imposibilitado permanentemente a prestar sus **Servicios Médicos Profesionales**.

La presente Extensión de Cobertura será efectiva siempre y cuando el **Asegurado** cuente con su cédula profesional o licencia vigente al momento de la muerte o cuando el hecho generador del accidente o enfermedad ocurra y sea reportado a la **Aseguradora**.

Para que la presente Extensión de Cobertura opere, la **Incapacidad Total y Permanente** del **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** deberá de ser evaluada y calificada por el o los médicos que la **Aseguradora** determine y quienes deberán de emitir un reporte o informe al respecto. En caso de deceso del **Asegurado**, se deberá presentar a la **Aseguradora** de manera fehaciente, el certificado de defunción emitido por autoridad competente por parte de los Beneficiarios o herederos del **Asegurado**.

G. Empleados No Profesionales

Se cubrirán, hasta por el total de **Límite Máximo de Responsabilidad**, las **Reclamaciones** derivadas de las actividades realizadas por las personas físicas independientes y no profesionales contratadas por el **Asegurado**, siempre y cuando medie una prueba fehaciente de que la contratación se realizó por el **Asegurado** sobre ellos antes de que se haya causado el daño. **Esta extensión de cobertura aplica exclusivamente cuando los empleados no profesionales desarrollen labores directamente relacionadas con los Servicios Médicos Profesionales que presta el Asegurado cuando no constituyan en sí mismas Actos Médicos y cuando dichos servicios sean realizados en nombre, por orden y bajo la supervisión directa del Asegurado.**

Se entiende que solamente un profesional o persona debidamente autorizada por autoridad competente podrá realizar un **Acto Médico**, sin embargo, les aplicarán a los empleados no profesionales todos los términos, condiciones y Exclusiones de la presente **Póliza** con excepción de la Exclusión 4.15. Falta de autorización.

Cláusula 4ª. Exclusiones Generales y Específicas

La Aseguradora no será responsable de pagar Pérdidas causadas por Reclamación alguna originada por, en conexión con o de cualquier manera relacionada con:

4.1. Mala fe, dolo y/o retribuciones improcedentes:

- I. Pérdidas derivadas de acciones u omisiones deliberadamente dolosas, de mala fe o fraudulentas establecidas así por la legislación y práctica común aplicable.**

Esta Exclusión solamente surtirá efectos cuando la responsabilidad por dolo, mala fe o fraude a la que se refiere este inciso, se establezca en sentencia, resolución en firme u otra similar. En el caso en que el Asegurado sea responsable por dolo, mala fe o fraude deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días los Gastos de Defensa incurridos por ello a la Aseguradora.

- II. La obtención del Asegurado de cualquier beneficio, remuneración, lucro, provecho indebido o ventaja personal, actos ilícitos, deshonestos o cualquier otro similar a los que no tuviera derecho.**

4.2. Multas y sanciones:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a multas o sanciones pecuniarias o administrativas de cualquier naturaleza impuestas a los Asegurados, incluyendo las costas de defensa jurídica directa y exclusivamente relacionadas con las mismas y con otras obligaciones económicas relacionadas, salvo aquellas costas de defensa derivadas de la indemnización de un perjuicio causado a un tercero y amparado por esta Póliza.

Se cubrirán las multas y sanciones ocasionadas a un tercero por un Acto Médico Negligente de los Prestadores de Servicios Médicos del Asegurado cuando las mismas no se relacionen con actos dolosos o fraudulentos.

4.3. Circunstancias, juicios y seguros anteriores:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a litigios interpuestos y/o hechos, circunstancias o situaciones conocidas o que razonablemente debió de haber conocido el Asegurado con anterioridad a la fecha de Reconocimiento de Antigüedad a que se refiere esta Póliza, o que tengan como base o de cualquier manera sean atribuibles a los mismos hechos, o esencialmente los mismos hechos, que hubiesen sido alegados en dichos litigios, aun cuando hayan sido iniciados contra terceros y o que hubiesen estado relacionados con cualquier Reclamación que haya sido reportada anteriormente, o cualquier circunstancia de las cuales se haya dado aviso, bajo cualquier contrato de seguro o Póliza de la cual, la presente Póliza sea una renovación o reemplazo a la Póliza o contrato que pueda eventualmente reemplazar.

4.4. Responsabilidad Civil Cruzada:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a Reclamaciones presentadas en beneficio de cualquier otro Asegurado amparado bajo esta Póliza.

4.5. Responsabilidades Patronales:

- I. Pérdidas derivadas como consecuencia de las obligaciones del Asegurado como patrón frente a sus trabajadores y que se desprendan de su relación netamente laboral, quedando por ello excluida cualquier responsabilidad patronal cuando no sea derivada directamente, ya sea de un Acto Médico o de la prestación de un Servicio Médico Profesional.**
- II. Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles a la violación de cualquier disposición legal que imponga obligaciones a cargo del Contratante, derivadas del régimen de Seguridad Social, Administradoras de Fondos de Ahorro para el Retiro (AFORES) y/o del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT).**

4.6. Garantías de resultados:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a las obligaciones derivadas de la o las garantías que el Prestador de Servicios Médicos haya otorgado al Paciente, ya sea de manera verbal o por escrito, de un determinado resultado como consecuencia de la práctica de un Acto Médico, que vaya más allá de lo establecido por la Norma Oficial de la misma especialidad, así como de los cánones de la práctica médica.

4.7. Directores y administradores:

La responsabilidad del Asegurado como propietario, director, administrador o funcionario de algún hospital, sanatorio, clínica con facilidades de instalaciones de comida y ropa de cama, hogar de ancianos, centros de cirugía ambulatoria, laboratorio, organización de cuidados para la salud, proveedores exclusivos de la organización, otras entidades de atención a la salud u otras empresas comerciales.

4.8. Contaminación ambiental:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a:

- I. Cualquier amenaza, real o supuesta, de descarga, dispersión, filtración, migración, liberación o escape de Contaminantes en cualquier ocasión; y/o**
- II. Cualquier requerimiento, demanda, notificación u orden recibida por un Asegurado para monitorear, limpiar, remover, contener, tratar, neutralizar o de cualquier forma responder a/o calcular los efectos de los Contaminantes incluyendo pero no limitando a cualquier Reclamación, juicio o procedimiento por o en nombre de una autoridad gubernamental, una parte potencialmente responsable o cualquier otra persona física o entidad por daños debidos a pruebas, monitoreo, limpieza, remoción, contención, tratamiento, desintoxicación o neutralización de los efectos de los Contaminantes.**

4.9. Reacción nuclear:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a los efectos de explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad, así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

Esta Exclusión no aplica en los casos en los que la energía nuclear sea utilizada únicamente para fines terapéuticos o de diagnóstico en las instalaciones y bajo la supervisión directa del Asegurado, siempre y cuando se lleve a cabo con las medidas necesarias para su aplicación.

4.10. Asbestos:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles a asbestos o a cualquier daño corporal o daño material causado por asbestos o cualquier acto, error, omisión u obligación que involucre asbestos, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación o uso en cualquier ambiente, construcción o estructura incluyendo la fabricación, elaboración, transformación, montaje, venta o uso de amianto o de cualquier producto que pueda contenerlo.

4.11. Influencia de tóxicos:

Indemnizaciones originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a los Daños Corporales causados por el Asegurado cuando sus Prestadores de Servicios Médicos hayan actuado bajo la influencia de tóxicos, intoxicantes, narcóticos, estupefacientes o alcohol que haya sido o no inducido por un tercero. Si se prueba que la responsabilidad se generó por el consumo de cualquiera de los agentes mencionados, el Asegurado deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días, la Pérdida incurrida por ello a la Aseguradora, de conformidad con la Cláusula 9ª. “Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación” de esta Póliza.

4.12. Honorarios:

Pérdidas originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles a reclamos motivados en la liquidación, cobro y facturación de honorarios profesionales a un Paciente.

4.13. Abuso:

Pérdida originada en, basada en, o atribuible al abuso físico, amenaza, acoso sexual, o cualquier comportamiento en donde se tenga o no la intención de culminar en, o que culminase en cualquier acto sexual ya sea causado por instigación del Asegurado y/o si fue causado por un acto u omisión de los empleados del Asegurado, o cualquier persona por cuyos actos el Asegurado sea legalmente responsable.

4.14. Responsabilidades Solidarias:

La Responsabilidad Civil que, llegue a ser determinada por autoridad competente como solidaria o exactamente subsidiaria, sea atribuida a otros médicos, técnicos, auxiliares, hospitales, clínicas o instituciones de salud similares.

Así como cualquier tipo de responsabilidades atribuidas a los fabricantes de remedios o equipos médicos para la prestación de Servicios Médicos Profesionales.

4.15. Falta de Autorización:

Cuando el Asegurado preste sus Servicios Médicos Profesionales al momento de que su cédula profesional, licencia o permiso para desempeñarlos haya sido suspendida, cancelada o revocada por autoridad competente, o bien cuando ésta haya expirado.

4.16. Anestesiólogos:

Se excluyen absolutamente los Servicios Médicos Profesionales prestados por anestesiólogo o relacionados con la aplicación y administración de cualquier tipo de anestesia al Paciente si el Anestesiólogo no figura propiamente como Asegurado de esta Póliza.

4.17. Exclusión “Cyber”:

Se excluyen Pérdidas o Reclamaciones relacionadas con el manejo, protección, confidencialidad, Pérdida, robo y/o falta de control de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y otros apoyos donde la información electrónica del paciente o su tratamiento este registrado.

4.18. Cirugías plásticas estéticas y/o reconstructivas:

Se excluyen de la presente Póliza las Pérdidas o Reclamaciones por cirugías estéticas con fines de belleza, así como también cualquier reclamo que provenga de una garantía de resultados e inconformidades por parte del paciente de los mismos.

4.19. Exclusiones Específicas:

Esta Póliza no ampara Pérdidas por Reclamaciones derivadas de o relacionadas con cualquiera de los siguientes riesgos:

- I. Actos Médicos practicados con técnicas, medicamentos y/o equipamientos no reconocidos por la ciencia médica y/o organismos competentes, así como los Actos Médicos en los que se involucren técnicas experimentales y/o no autorizadas, incluyendo pruebas clínicas;**

- II. **El uso de sangre o derivados de la sangre (salvo que se otorgue la cobertura cuando haya sido contratada como adicional, y figure como amparada en la Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento);**
- III. **Relacionados con el transporte de Pacientes en ambulancias y/o aeronaves (salvo que se otorgue la cobertura cuando haya sido contratada como adicional, y figure como amparada en la Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento);**
- IV. **Servicios Médicos Profesionales brindados a domicilio (salvo que se otorgue la cobertura cuando haya sido contratada como adicional, y figure como amparada en la Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento).**
- V. **Responsabilidad civil por daños al inmueble en donde el Asegurado efectúa los Servicios Médicos Profesionales ya sea como propietario, comodatario o arrendatario (salvo que se otorgue cobertura cuando haya sido contratada como adicional, y figure como amparada en la Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento).**

Cláusula 5ª. Coberturas Adicionales u Opcionales

Las siguientes coberturas no son parte de la cobertura básica ni de las extensiones de cobertura a la básica, por tanto, serán otorgadas o amparadas por la Aseguradora, siempre y cuando hayan sido contratadas por el Contratante, y se encuentren señaladas expresamente en la Carátula y/o en la Constancia de Aseguramiento, ya que en caso contrario se considerarán excluidas de esta Póliza:

1. Uso de Sangre (cláusula 5.1).
2. Daños Corporales derivados del uso del transporte de pacientes en ambulancias y/o aeronaves (cláusula 5.2).
3. Visitas a domicilio (cláusula 5.3).
4. Responsabilidad civil arrendatario (cláusula 5.4).
5. Uso y mantenimiento (cláusula 5.5).

Cláusula 5.1. Uso de Sangre

En caso de aparecer como tal amparada esta cobertura en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento**, la **Aseguradora** cubrirá las **Reclamaciones** derivadas del uso de sangre y sus derivados dentro de las instalaciones del **Asegurado** y relacionadas a la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** por el **Asegurado**.

La presente cobertura será efectiva siempre y cuando el Asegurado cuente con un programa de evaluación, control y prevención de incidentes relacionados con la transfusión de sangre llevado a cabo por el Asegurado o por una empresa constituida y dedicada a estas actividades.

Se entenderá como incidente derivado del Uso de Sangre como los daños ocurridos durante o después de realizadas las transfusiones sanguíneas y con relación a las mismas.

Al contratar esta cobertura, se elimina la exclusión específica 4.19, fracción II.

Cláusula 5.2. Daños Corporales Derivados del Uso de Transporte de Pacientes en Ambulancias y/o Aeronaves

En caso de aparecer como tal amparada esta cobertura en la en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento**, la **Aseguradora** cubrirá las **Reclamaciones** a consecuencia daños corporales derivados del transporte de **Pacientes** en ambulancias y/o aeronaves.

La presente cobertura será válida y efectiva solamente en los casos de que el transporte sea realizado por el propio **Asegurado** o por una empresa especializada contratada específicamente para esta finalidad, siempre y cuando exista la presencia de un **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** debidamente instruido y autorizado para la atención médica de emergencias.

Esta cobertura no abarca cualquier incidente o daño sufrido a la ambulancia y/o aeronave que realiza el transporte del paciente.

Al contratar esta cobertura, se elimina la exclusión 4.19 fracción III.

Cláusula 5.3. Visitas a Domicilio

En caso de aparecer como tal amparada esta cobertura en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** realizados por el **Asegurado**, en el domicilio del **Paciente**.

Se cubren los **Actos Médicos** y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los **Servicios Médicos Profesionales**.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los **Daños Corporales** hayan sido causados por el **Asegurado** y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente **Póliza** mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando **Servicios Médicos Profesionales** al **Paciente** en su domicilio.

Al contratar esta cobertura, se elimina la exclusión 4.19 fracción IV.

Cláusula 5.4. Responsabilidad Civil Arrendatario

En caso de aparecer como tal amparada esta cobertura en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de daños a terceros en sus bienes o personas cuando sean derivados de los eventos descritos a continuación:

La Responsabilidad Civil del **Asegurado** por daños causados a bienes inmuebles o parte de los mismos cuando los haya tomado en arrendamiento o lo haga durante la **vigencia** de la **Póliza** siempre y cuando dichos daños sean a consecuencia de incendio y/o humo o explosión ocurridos en dichos locales y cuando el **Asegurado** resulte civilmente responsable por el acontecimiento y derivados de la **Prestación de Servicios Médicos Profesionales**.

Al contratar esta cobertura, se elimina la exclusión 4.19 fracción V.

Exclusiones Particulares de esta Cobertura

Esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. Daños ocasionados por incendio o explosión que provengan de caso fortuito, fuerza mayor o vicio de construcción del inmueble tomado en arrendamiento por el Asegurado.
2. Daños que sean causados dolosamente por el Asegurado al inmueble o partes del mismo.
3. No se cubrirán bajo ningún motivo, daños causados a bienes muebles, propiedad o no del Asegurado que se encuentren dentro del inmueble (o predios colindantes a él), tomado en arrendamiento por el Asegurado para la Prestación de Servicios Médicos Profesionales.
4. No se cubrirán los daños derivados de construcciones en general, remodelaciones o actualización del equipo médico que se lleven a cabo en los locales tomados en arrendamiento por Asegurado.

Cláusula 5.5. Uso y Mantenimiento

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la **Carátula de la Póliza y/o Constancia de Aseguramiento**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de daños a terceros en sus bienes o personas cuando sean derivados de los eventos descritos a continuación:

- a) Por el uso de los locales ocupados por el **Asegurado**, así como los establecimientos destinados a la educación en propiedades del **Asegurado**, debidamente especificados en esta **Póliza**.
- b) El suministro de alimentos y bebidas en las instalaciones propiedad del **Asegurado**, siempre y cuando sea operado por el **Asegurado**, o bien este servicio se encuentre concesionado a los fines **Asegurado**.
- c) Las actividades desempeñadas por servicios de seguridad propios, no contratados con empresas dedicadas a la prestación del servicio de seguridad del **Asegurado**, incluyendo a personas armadas, animales y dispositivos mecánicos, eléctricos y electrónicos destinados para tal finalidad.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en que los daños hayan sido causados por un empleado directamente contratado por el **Asegurado** que demuestre fehacientemente que se encontraba prestando sus servicios al **Asegurado** y del cual el **Asegurado** hubiere dado aviso con anticipación a la **Aseguradora**.

Exclusiones de esta cobertura:

No se cubrirán bajo ningún motivo, daños causados por vehículos, propiedad o no del Asegurado o aquellos generados en estacionamientos en los locales del Asegurado.

No se cubrirán los daños derivados de construcciones en general, remodelaciones de los locales.

Cláusula 6ª. Límite Máximo de Responsabilidad

El **Límite Máximo de Responsabilidad** establecido en la **Carátula de la Póliza y/o en la Constancia de Aseguramiento**, es el límite máximo de responsabilidad de la **Aseguradora** con relación a todas las **Pérdidas** a consecuencia de todas las **Reclamaciones** cubiertas por esta **Póliza**, independientemente de la cantidad de **Reclamaciones** hechas o personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

La **Aseguradora** no estará obligada, en ningún caso, a pagar **Pérdidas** que excedan el Límite de Responsabilidad aplicable, una vez que éste haya sido agotado por el pago de **Indemnización y/o Gastos de Defensa**.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Negligente** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único **Límite Máximo de Responsabilidad por Reclamación**.

Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio de la **Vigencia de la Póliza**, pero después de la **Fecha de Retroactividad**. En consecuencia, constituirá una sola y única **Pérdida** la serie de actos originados de una misma **Reclamación**, con independencia del número de reclamantes y **Reclamaciones** formuladas.

Cláusula 7ª. Deducible

La **Aseguradora** será exclusivamente responsable de pagar la **Pérdida** en exceso del deducible establecido en la **Carátula de la Póliza** y/o **Constancia de Aseguramiento**.

Se aplicará un sólo deducible a la **Pérdida** originada en **Reclamaciones** en las que se alegue los mismos o similares **Actos Médicos Negligentes**.

Lo anterior en el entendido de que la obligación de pago al tercero de la **Aseguradora** no estará sujeta al condicionamiento del pago previo del **Deducible**, toda vez que la obligación de pago de la indemnización al tercero no está sujeta a condición alguna.

Cláusula 8ª. Reglas sobre Notificaciones y Obligaciones del Asegurado

8.1 Notificación de Reclamaciones

El **Asegurado**, deberá avisar a la **Aseguradora** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial que haya recibido o sepa que puede llegar a recibir, así como de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una **Pérdida** a cargo del **Asegurado**, dentro de los cinco (5) días naturales siguientes a la fecha que los haya conocido o debido conocer. De lo contrario, la **Aseguradora** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

El **Asegurado** deberá tomar todas las medidas necesarias para coadyuvar con la **Aseguradora** en la prestación de una defensa adecuada de sus intereses, sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 9 "**Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación**", y deberá mantener a la **Aseguradora** permanentemente informada sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra y cooperar con ella en todo momento.

Si debido al incumplimiento de esta obligación se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, la **Aseguradora** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios que la **Aseguradora** hubiere erogado con motivo de la defensa de la **Reclamación** en proporción a la culpa de los mismos y al perjuicio sufrido.

Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar a la **Aseguradora** o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, la **Aseguradora** quedará liberada de toda responsabilidad bajo la **Póliza**.

8.2 Notificación de Reclamaciones Potenciales

Si durante la **Vigencia de la Póliza** o durante la **Prórroga para Notificaciones**, en caso en que esta última sea contratada, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta **Póliza**, deberá dar notificación fehaciente y por escrito de ello a la **Aseguradora** mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, los que por lo menos deberán ser:

- I. El **Acto Médico Negligente** alegado durante la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales**;
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes; y
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Negligente**, que haya sido debidamente reportado a la **Aseguradora**, será considerada como efectuada en la **Vigencia de la Póliza**.

8.3 Asistencia y Cooperación

El **Asegurado** cooperará con la **Aseguradora** y le suministrará toda la información y asistencia que la **Aseguradora** pueda razonablemente requerir, como el expediente médico y toda la información clínica que el **Asegurado** pudiera tener en su poder o señalar en donde se encuentra, así como la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos; asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y coadyuvando en la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta **Póliza** y en general deberá cooperar con la **Aseguradora** en todo aquello que esté a su alcance. El **Asegurado** no hará nada que pueda llegar a perjudicar la posición de la **Aseguradora**.

8.4 Obligaciones del Asegurado

Una vez conocida la **Reclamación** y/o la **Pérdida**, el **Asegurado** deberá suministrar a la **Aseguradora** la información, documentos y pruebas necesarias para demostrar la **Reclamación** y la cuantía de la **Pérdida**. La **Aseguradora**, mediante esta **Póliza**, solicita al **Asegurado** que en caso de siniestro adjunte al reclamo formal todos los documentos, comprobantes contables y facturas, entre otra información, que le permitan conocer los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Los requerimientos y comunicaciones que la **Aseguradora** deba hacer al **Asegurado** o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección o medio que conozca la **Aseguradora**.

Toda notificación de **Reclamación** se tendrá como realizada a la **Aseguradora** y surtirá sus efectos legales en la fecha en que sea recibida fehacientemente por la **Aseguradora**.

Las notificaciones deberán contener una descripción detallada de la naturaleza del **Acto Médico Negligente**, la identidad del **Prestador de Servicios Médicos** del **Asegurado** involucrado, la identidad del perjudicado, así como los perjuicios y daños que se hubiere podido causar.

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, ni liquidar o intentar liquidar reclamo alguno, ni celebrar convenio alguno, ni incurrir en **Gastos de Defensa** sin el consentimiento escrito y fehaciente de la **Aseguradora** quien tendrá el derecho del manejo de la defensa o liquidación del reclamo, si la **Aseguradora** así lo considere conveniente.

8.5 Cambio de Especialidad

El **Contratante** y/o **Asegurado** deberá notificar fehacientemente y por escrito a la **Aseguradora**, en ambas modalidades del seguro (individual o colectiva) cualquier cambio en la especialización de la labor del Asegurado(s).

Así mismo, en el supuesto de que la modalidad de la **Póliza** sea colectiva, el **Contratante** deberá notificar a la **Aseguradora** un aumento mayor a quince (15) **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** en el número de **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** o mayor a un 40% del número de **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** según lo reportado al momento de la solicitud de este seguro.

Cláusula 9ª. Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación

Será obligación exclusiva de la **Aseguradora** asumir la defensa de la **Reclamación** hasta las últimas consecuencias; dicha defensa incluye de manera enunciativa pero no limitativa la contratación de los abogados, peritos y demás elementos que sirvan para la buena defensa de la **Reclamación**.

La **Aseguradora** podrá investigar cualquier **Reclamación, Acto Médico Negligente** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** se abstendrá de incurrir en **Gastos de Defensa**, admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir o realizar oferta alguna en relación con la **Reclamación**, sin haber recibido previo y fehaciente consentimiento por escrito de la **Aseguradora**. **La Aseguradora no será responsable de asumir Gastos de Defensa que no hayan sido incurridos en la defensa de una Reclamación originada de un Acto Médico Negligente.**

El **Asegurado**, está obligado a entregar toda la información y a cooperar con la **Aseguradora** en la defensa de la **Reclamación**, en la medida en que la **Aseguradora** lo requiera, y se abstendrán de realizar acto alguno que perjudique la posición de la **Aseguradora** o sus derechos de subrogación.

Cláusula 10ª. Distribución

En el evento en que una **Reclamación** dé lugar a **Pérdidas** cubiertas por esta **Póliza** y a **Pérdidas** no cubiertas por esta **Póliza**, el **Asegurado** y la **Aseguradora** distribuirán dichas **Pérdidas** de acuerdo con la responsabilidad legal de cada una de las partes. No obstante lo anterior, si las partes, no llegaren a un acuerdo, será facultad de las partes el someterse o no al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Una vez acordada o determinada la distribución de las **Pérdidas**, estas serán aplicadas de manera retroactiva a todas las ya incurridas en relación con dicha **Reclamación**, sin perjuicio de cualquier anticipo previo que haya sido efectuado, la **Aseguradora** suministrará las **Pérdidas** por el valor acordado.

Si el **Asegurado** y la **Aseguradora** no logran llegar a un acuerdo en relación con las **Pérdidas** que deben ser desembolsadas para la atención de dicha **Reclamación**, la **Aseguradora** suministrará, aquellas que considere razonablemente y necesariamente cubiertas bajo la **Póliza** hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente.

Cualquier Distribución o anticipo de **Pérdidas** en relación con una **Reclamación** no será de ninguna forma presunción alguna respecto a la distribución de otras **Pérdidas** de otra **Reclamación**.

Cláusula 11ª. Prórroga para Notificaciones

En caso de que el **Asegurado** contrate la **Prórroga para Notificaciones**, la **Aseguradora** cubrirá las **Pérdidas** que surjan en cualquiera de las siguientes formas:

- a) Por hechos ocurridos durante la **Vigencia de la Póliza** o en el año anterior (o el número de años que quede especificado en la **Carátula** y/o **Constancia de Aseguramiento**), siempre que la **Reclamación** se formule por primera vez y por escrito al **Asegurado** y presentada por éste a la **Aseguradora** durante la **Vigencia de la Póliza**, o bien
- b) Por hechos ocurridos durante la **Vigencia de la Póliza**, siempre que la **Reclamación** se formule por primera vez y por escrito al **Asegurado**, y éste a la **Aseguradora** en el curso de la **Vigencia de la Póliza** o dentro del año siguiente (o número de años que quede especificado en la **Carátula de la Póliza** y/o **Constancia de Aseguramiento**) a su terminación.

Los términos y condiciones de la última **Vigencia de la Póliza**, continuarán siendo aplicables a la **Prórroga para Notificaciones**. Las **Reclamaciones** presentadas contra el **Asegurado** durante la **Prórroga para Notificaciones** deben basarse en **Actos Médicos Negligentes** derivados de la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales**, que generen una **Pérdida** cubierta por la **Póliza**.

La **Prórroga para Notificaciones** para cualquiera de los dos supuestos se otorgará previa solicitud del **Contratante**.

La **Prórroga para Notificaciones** del inciso b) que antecede, adicionalmente sólo se otorgará:

- I. Si la **Póliza** es terminada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la **Póliza**, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra **Póliza** de la misma naturaleza, tomada con ésta o con otra compañía de seguros.
- II. Si el **Contratante** comunica fehacientemente y por escrito a la **Aseguradora** su intención de contratar la **Prórroga para Notificaciones**, debiendo pagar la prima adicional dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación de **Vigencia de la Póliza**. Salvo que se trate de la extensión del punto **F.- Periodo Extendido para Notificaciones en Caso de Incapacidad Total y Permanente o Muerte** de estas condiciones generales, en cuyo caso no se cobrará prima adicional.

Periodo de Prórroga	Prima Adicional
2 años	50%
3 años	75%
4 años	100%
5 años	125%

El **Límite de Máximo Responsabilidad** aplicable durante la **Prórroga para Notificaciones** no implica una Suma Asegurada adicional a la establecida originalmente ni una reconstitución del **Límite Máximo de Responsabilidad** al terminar la **Vigencia de la Póliza**.

Cláusula 12ª. Terminación Anticipada

Este contrato podrá darse por terminado unilateralmente por cualquiera por la **Aseguradora** o el **Contratante**, de la siguiente forma:

- a) Por la **Aseguradora**, mediante notificación al **Contratante**, con por lo menos 15 días naturales de anticipación y devolverá la prima neta pagada no devengada a prorrata. Dicha devolución la hará mediante el medio de pago que elija el **Contratante**, en caso de que éste no establezca la forma de pago, la **Aseguradora** pondrá a su disposición un cheque por la cantidad que corresponda.
- b) En caso de que el **Contratante** solicite la cancelación anticipada de su Póliza la **Aseguradora** devolverá la prima neta pagada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la carátula, así como las comisiones y/o gastos de adquisición. La **Compañía** realizará dicha devolución al **Contratante** dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo con lo solicitado por el **Contratante**.

En caso de terminación anticipada, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán aplicando los siguientes porcentajes a la tarifa de seguros a corto plazo.

Periodo	Porcentaje de la Prima Anual
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%

12.1 Terminación anticipada de una Constancia de Aseguramiento cuando la modalidad del seguro es de Colectividad Asegurada

Este punto adicional a la presente cláusula sólo aplicará en el supuesto de que la modalidad de la **Póliza** sea de **Colectividad Asegurada**, es decir, no aplica si la modalidad es individual:

La **Aseguradora** o el **Contratante** podrán dar por terminado anticipadamente el aseguramiento respecto de algún **Asegurado** en específico al amparo de una **Constancia de Aseguramiento** durante la **Vigencia de la Póliza**, de la siguiente forma:

- Por la **Aseguradora**, mediante notificación al **Contratante** y al **Asegurado**, con por lo menos 15 días naturales de anticipación, especificando en tal notificación la **Constancia de Aseguramiento** a terminar. En este caso devolverá la **Aseguradora** la Prima Neta pagada no devengada a prorrata al **Contratante** respecto de lo pagado por dicho **Asegurado**. Dicha devolución la hará mediante el medio de pago que para tal efecto se escoja, en caso de que no se haya establecido la forma de pago, la **Aseguradora** pondrá a disposición del pagador un cheque por la cantidad que corresponda.
- En caso de que el **Contratante** solicite la cancelación anticipada respecto de algún **Asegurado** en específico, se deberá especificar en dicha notificación la **Constancia de Aseguramiento** a dar por terminada, y así la **Aseguradora** devolverá la Prima Neta pagada no devengada al **Contratante** respecto de lo pagado por dicho **Asegurado**. La **Compañía** realizará dicha devolución dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la solicitud de terminación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo con lo solicitado en la notificación de terminación.

En ambos supuestos el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán aplicando los porcentajes a la tarifa de seguros a corto plazo previstos en esta cláusula.

Cláusula 13ª. Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del 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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con relación a lo anterior, la empresa Aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Las obligaciones de la **Aseguradora** 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con independencia de lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) **Contratante(s), Asegurado(s)** 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 la Compañía, si el(los) **Contratante(s), Asegurado(s)** o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y 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, 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 Quinques, 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 si el nombre del (los) **Contratante(s), Asegurado(s)** 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 alguno de los 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 la **Aseguradora** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante(s), Asegurado(s)** o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La **Aseguradora** 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.

Cláusula 14ª. Otros Seguros

Cuando el **Contratante** y/o el **Asegurado** celebren con varias Aseguradoras un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés a esta **Póliza**, el **Contratante** y/o **Asegurado** tendrán la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los Aseguradores, la existencia de los otros seguros. Este aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los Aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Si el **Contratante** y/o **Asegurado** omiten intencionalmente el aviso de que trata el párrafo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los Aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

En el caso de que las otras Pólizas de seguros ajenas a la presente **Póliza**, hayan sido celebrados de buena fe y se haya dado aviso fehaciente y por escrito a la **Aseguradora** de su existencia, la **Aseguradora** responderá de los daños hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiere Asegurado.

En el caso de que la o las Pólizas emitidas por otras compañías Aseguradoras estén suscritas solamente como seguro de exceso en específico por encima del **Límite Máximo de Responsabilidad** establecido en la **Carátula de la Póliza** y/o **Constancia de Aseguramiento**, la **Pérdida** estará cubierta por esta **Póliza** con sujeción a sus términos y condiciones.

Cláusula 15ª. Comunicaciones y Representatividad

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse, salvo pacto en contrario, por escrito a la **Aseguradora** en el domicilio indicado en la **Carátula de la Póliza**.

Los requerimientos y comunicaciones que la **Compañía** deba hacer al **Contratante** y/o **Asegurado** o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el **Contratante** y/o **Asegurado** para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico o mensaje de texto SMS a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil que el **Contratante** y/o **Asegurado** haya proporcionado o llegue a proporcionar a la **Aseguradora** y/o (iii) vía telefónica al número telefónico fijo o móvil que el **Contratante** y/o **Asegurado** haya proporcionado o llegue a proporcionar a la **Aseguradora**. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo establecido en el Capítulo I del Título Segundo del Código de Comercio.

Las notificaciones a los Contratantes y/o Asegurados en términos de lo anterior, se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio y/o correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la **Aseguradora** tenga conocimiento.

Cláusula 16ª. Cesión

Esta **Póliza** y todos y cualquiera de los derechos y obligaciones en ella contenidos y/o relacionados con ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo y fehaciente consentimiento por escrito de la **Aseguradora**.

Cláusula 17ª. Delimitación Temporal

La cobertura de esta **Póliza** es aplicable a las **Reclamaciones** presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante la **Vigencia de la Póliza** o en la **Prórroga para Notificaciones** en caso en que esta última sea contratada.

Cláusula 18ª. Pago de Primas

El **Contratante** pagará a la **Aseguradora**, por concepto de prima el monto señalado en la **Carátula** de esta **Póliza**.

La **Prima** vencerá en el momento de la celebración del presente **Contrato**. En caso de ser pagadera una **Prima** adicional durante el periodo de Vigencia del presente **Contrato** o durante la **Prórroga para Notificaciones**, en su caso, dicha **Prima** adicional vencerá en el momento de suscribirse el endoso que dé lugar a dicha **Prima** adicional.

Si el **Contratante** opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento autorizada vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura.

El **Contratante** gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente en los casos de pagos en parcialidades; en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

Durante el periodo de gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la **Aseguradora** deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el **Contratante** en las oficinas de la **Aseguradora**, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la **Aseguradora** en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el **Contratante** haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al **Contratante**, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la **Aseguradora**, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el **Contratante** omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia conforme a lo indicado en esta **Póliza** (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Se entenderán como causas imputables al **Contratante** la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el recibo que acreditará el pago será el estado de cuenta en donde se refleje el cobro de la prima.

Cláusula 19ª. Renovación

Para solicitar la renovación de la **Póliza**, el **Asegurado** deberá proporcionar a la **Aseguradora**, por lo menos treinta (30) días naturales antes de la fecha de vencimiento de la **Vigencia de la Póliza**, el Formulario de Solicitud de Seguro que le proporcione para tal efecto la **Aseguradora**, debidamente llenado y contestado, así como la toda la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, la **Aseguradora** emitirá la **Póliza** respectiva.

En cada renovación se aplicarán las condiciones generales y tarifas vigentes al momento de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 20ª. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del **Contratante** o por parte de la **Aseguradora**, aun cuando la **Póliza** se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional (pesos mexicanos), conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos

en Moneda Nacional (pesos mexicanos) de acuerdo con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Cláusula 21ª. Subrogación

La **Aseguradora**, una vez pagada la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y las acciones contra terceros que por razón del daño sufrido correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, los **Asegurados** prestarán toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar a la **Aseguradora** de legitimación para demandar judicialmente o denunciar por sí o, en su caso, en nombre de los **Asegurados**.

La **Aseguradora** podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del **Asegurado**.

Si el daño fuese indemnizado sólo en parte, el **Asegurado** y la Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el **Asegurado** tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

Cláusula 22ª. Consentimiento para Negociar

Para el caso de que la **Aseguradora** considere necesario optar por un convenio, negociación o acuerdo con el objeto de finalizar o dar por terminado cualquier **Proceso Legal**, investigación, arbitraje o mediación, el **Asegurado** deberá aceptar los términos de la negociación propuesta por la **Aseguradora**, siempre que dicha negociación sea razonable.

En el caso del párrafo anterior, la responsabilidad de la **Aseguradora** por cualquier **Pérdida** que resulte de una **Reclamación** estará limitada a la cantidad ofrecida para dar por terminado dicho **Proceso Legal**, investigación, arbitraje o mediación. Si el convenio, negociación o acuerdo no se lleva a cabo como consecuencia clara de que el **Asegurado** se haya negado o rehusare a aceptarlo, el monto de la **Pérdida** o reembolso que resulte del convenio, negociación o acuerdo será cubierto y correrá por cuenta del **Asegurado**.

La misma condición y los mismos términos de los dos párrafos inmediatos anteriores se aplicarán para el caso, de que el **Asegurado** además de no aceptar el convenio, negociación o acuerdo, decida continuar mediante algún recurso permitido por la Ley, cualquier procedimiento, investigación, arbitraje o mediación, iniciados con motivo de la **Reclamación**, ya sea por apelación, amparo, recurso de revisión, recurso de nulidad u otro similar en cualquier jurisdicción.

Cláusula 23ª. Modificaciones y Cambios en los Términos de la Póliza

La notificación a cualquier intermediario o agente de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en alguna de las partes, condiciones y/o términos de esta **Póliza**; las condiciones generales de esta **Póliza** podrán ser cambiadas o modificadas solamente mediante un Endoso emitido y firmado por un representante autorizado de la **Aseguradora** para formar parte de esta **Póliza**, en el entendido de que tales endosos tuvieren que estar previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 24ª. Legislación Aplicable al Contrato de Seguro

Para cuantas cuestiones se refieran a la interpretación, validez y/o cumplimiento de esta **Póliza**, el presente Contrato queda sometido a la Legislación Mexicana.

Cláusula 25ª. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora** o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante.

En caso de que el reclamante decida presentar su reclamación ante la CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE):

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza,
Piso 15, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 800 223 2001
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30
a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur, No.762,
Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México: 55 5340 0999
En el Territorio Nacional: 800 999 8080

Cláusula 26ª. Prescripción

Conforme al artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en dos años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora**.

Cláusula 27ª. Límite Territorial

Esta **Póliza** ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir siniestros que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Cláusula 28ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

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

Cláusula 29ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 25. “Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones”.

Cláusula 30ª. Entrega de Documentación Contractual para el caso de Celebración de Contrato por Internet o por Conducto de Prestador de Servicios al que se refiere el Art. 102 y 103 de la LISF

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo por internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la **Aseguradora** se obliga a proporcionar al **Contratante** el número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración y dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al **Contratante** la documentación relativa al contrato de seguro celebrado, siendo ésta la Póliza, condiciones generales y particulares aplicables, endosos, folleto de los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones entre las partes derivados de este seguro. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del **Contratante**, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del prestador de servicios al momento de la contratación. Lo anterior en el entendido que para entregas a domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la **Aseguradora** podrá cerciorarse de que se recibió la Póliza, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto del prestador de servicios, la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el **Contratante**.

En caso de que el **Contratante** no reciba la documentación mencionada en esta cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la **Aseguradora**, cuyos domicilios se indican en la página en internet: www.chubb.com/mx, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

En caso de que el **Contratante** desee dar por terminado el contrato de seguro deberá sujetarse a lo establecido en la cláusula de las presentes Condiciones denominada “Terminación Anticipada del Contrato”.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la Vigencia del Seguro, el **Contratante** podrá en cualquier momento solicitar que se le entregue la documentación de esta **Póliza** por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

Cláusula 31ª. Omisiones y/o Inexactas Declaraciones

Para emitir esta **Póliza** la **Aseguradora** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud del Seguro, cuestionarios complementarios y demás información exigida para la suscripción y sometida a la **Aseguradora**, dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta **Póliza**, y por lo tanto se consideran como parte integrante de la misma.

El **Contratante** y el **Asegurado**, según corresponda, está(n) obligado(s) a declarar, por escrito, 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 conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la **Aseguradora** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8º, 9º, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 32ª. Indemnización por Mora

Si la Aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro, al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una Indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe en el apartado "Anexo de referencias legales" de estas condiciones generales. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Cláusula 33ª. Títulos o Encabezados

Los títulos y definiciones que se contienen en los encabezados de cada cláusula se incluyen para una mejor referencia, por lo tanto, no modifican ni infieren en el significado ni términos a que se refieren expresamente las cláusulas de esta **Póliza**.

Cláusula 34ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Aseguradora.

La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso.

Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet la Aseguradora: www.chubb.com/mx

Cláusula 35ª. Modalidades de Contratación de este Seguro

Esta **Póliza** puede operar bajo la modalidad individual (que se entenderá como aquella en donde se ampara a un único **Asegurado**) o bajo la modalidad de **Colectividad Asegurada**, la indicación de la modalidad de este seguro se establecerá en la **Carátula de la Póliza**.

Si este producto opera bajo la modalidad de **Colectividad Asegurada**, el Contratante será responsable ante la **Aseguradora** respecto de los informes de altas y bajas a la **Colectividad Asegurada**.

Queda entendido que sólo se puede contratar una de las dos modalidades para la Póliza, es decir, puede ser únicamente individual o colectivo.

Invitación a Consultar el RECAS

“Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) 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: <http://e-portalif.condusef.gob.mx/recas>”.

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 6 de Septiembre de 2019, con el número CNSF-S0039-0398-2019/CONDUSEF-003421-03.

Anexo de Referencias Legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10. Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario

Artículo 40. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

Artículo 47. Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52. El Asegurado deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53. Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 54. Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del Asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación

Artículo 55. 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 60. En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 69. La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

Artículo 71. El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

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

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

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

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

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

Artículo 84. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 145 Bis. En el seguro contra la responsabilidad, podrá pactarse que la empresa Aseguradora se responsabilice de las indemnizaciones que el Asegurado deba a un tercero en cualquiera de las siguientes formas:

- a) Por hechos ocurridos durante la vigencia de la Póliza respectiva o en el año anterior, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a la empresa durante la vigencia de dicha Póliza, o bien
- b) Por hechos ocurridos durante la vigencia de la Póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a la empresa en el curso de dicha vigencia o dentro del año siguiente a su terminación.

No serán admisibles otras formas de limitación temporal de la cobertura, pero sí la ampliación de cualquiera de los plazos indicados.

La limitación temporal de la cobertura será oponible tanto al Asegurado como al tercero dañado, aun cuando desconozcan el derecho constituido a su favor por la existencia del seguro, la ocurrencia del hecho generador de la responsabilidad o la materialización del daño.

Si se diere la acumulación de sumas aseguradas, será aplicable lo dispuesto por los artículos 102 y 103 de la presente Ley.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 102. En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

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

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

Artículo 103. La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:

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

- b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

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

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

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

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

Artículo 214. La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

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

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

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

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

Artículo 277. En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

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

Artículo 492. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis. Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65. Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

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

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

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

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

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

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Código Penal Federal

Artículo 139. Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.
- II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 Bis. Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter. Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter. Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

- I. Del Código Penal Federal, los siguientes:
 1. Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
 2. Sabotaje, previsto en el artículo 140;
 3. Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
 4. Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
 5. Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.
- II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies. Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 193. Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o partícipe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194. Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

- I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 195 Bis. Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196. Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
- IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
- V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 Ter. Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197. Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198. Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199. El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400. Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

- I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

- II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;
- III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;
- IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;
- V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
- VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
- VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpaado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

- a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
- b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
- c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

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 6 de Septiembre de 2019, con el número CNSF-S0039-0398-2019/CONDUSEF-003421-03.

¿Qué hacer en caso de Reclamación?

Comuníquese de inmediato con Chubb Seguros México, S.A. al 800 3627 288 las 24 horas en el momento en que:

- a) Exista una situación grave, de muerte o de características irreversibles para la salud del Paciente sin esperar una reclamación formal por parte del mismo Paciente y/o de cualquiera de sus familiares.
- b) Se suscite cualquiera de los siguientes incidentes médicos:
 - i. Muerte por eventos adversos anestésicos.
 - ii. Daño cerebral permanente por eventos adversos anestésicos.
 - iii. Muerte no esperada durante la internación.
 - iv. Lesión traumática durante cirugía.
 - v. Error/retraso en el diagnóstico de apendicitis que deriva en peritonitis.
 - vi. Complicaciones de cirugía traumatológica que culminan en amputación.
 - vii. Daños por shock hipovolémico postoperatorio.
 - viii. Lesión de vía biliar en colecistectomía.
 - ix. Tromboembolismo pulmonar post cirugía.
 - x. Evisceración aguda.
 - xi. Dehiscencia de sutura intestinal con peritonitis.
 - xii. Error de lado/sitio quirúrgico.
 - xiii. Oblito.
 - xiv. Sepsis post operatoria.
 - xv. Fascitis necrotizante postoperatoria.
 - xvi. Tétanos quirúrgico.
 - xvii. Fractura ósea mal consolidada.
 - xviii. Daños por retraso o error en el tratamiento de fracturas expuestas.
 - xix. Daños por errores transfusionales.
 - xx. Caída con lesiones durante la internación.
 - xxi. Suicidio en instituciones psiquiátricas.
 - xxii. Síndrome de muerte súbita del lactante.
 - xxiii. Re-internación dentro de las 24 o 48 horas de externación de paciente quirúrgico, incluyendo infecciones.
 - xxiv. Solicitud de historia clínica por parte del Paciente y/o cualquiera de sus familiares, abogado o representante legal.
 - xxv. Quemaduras severas.
 - xxvi. Pérdida parcial o total de la visión.
 - xxvii. Muerte neonatal post parto complicado.
 - xxviii. Parálisis cerebral o daño neurológico post parto complicado.
 - xxix. Parálisis braquial post parto complicado.
 - xxx. Muerte de la madre post parto.
 - xxxi. Histerectomía por hemorragia o infección durante el puerperio.
 - xxxii. Insuficiencia renal aguda en el post parto.
 - xxxiii. Daños maternos por mal manejo de toxemia, gestosis o eclampsia.
 - xxxiv. Daños por error/retraso en el diagnóstico de embarazo ectópico.
 - xxxv. Inadecuado manejo de feto muerto y retenido.
 - xxxvi. Daños por perforación accidental del útero.
 - xxxvii. Re-internación dentro de las 24 o 48 horas de externación post parto.
- c) Considere que existe riesgo de alguna posible Reclamación por parte de un Paciente al que haya atendido y/o cualquiera de sus familiares, abogado o representante legal;

- d) Cuando algún Paciente y/o cualquiera de sus familiares, abogado o representante legal, le adviertan o lo amenacen con una posible Reclamación y/o se acerquen a pedirle que responda económicamente por algún daño o lesión alegado;
- e) Cuando reciba cualquier escrito o documento que alegue un supuesto daño o lesión al Paciente y/o sea notificado formalmente de cualquier procedimiento legal de orden judicial o administrativo emitido por autoridad competente o cualquiera que se relacione con un posible daño causado en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales.

En el momento de que realice su reporte telefónico, le requerirán la información que contiene su Póliza, por lo que le pedimos atentamente la tenga siempre a la mano junto con otros datos que le serán requeridos en caso de una emergencia:

- a) El operador del CAP (Centro de Atención Permanente) le solicitará los siguientes datos:
 - Nombre completo;
 - Números telefónicos de contacto;
 - Número de Póliza y/o número de Constancia de Aseguramiento y nombre del Contratante de la Póliza en caso de estar Asegurado mediante un programa grupal;
 - Vigencia de la Póliza;
 - Especialidad;
 - Nombre del Reclamante;
 - Detalle de la mala praxis médica alegada;
 - Fecha de ocurrencia;
 - Lugar en donde realiza su práctica profesional y/ en donde se realizó la supuesta mala praxis;
 - Instancia ante la cual lo están demandando (civil, penal, administrativa u otra) y, en su caso, la fecha en que fue citado ante alguna autoridad o en la que debe rendir informe o contestar alguna demanda.
- b) El operador del CAP le proporcionará el número de reporte que se generó al realizar su llamada, así mismo le indicará que en breve un abogado se comunicará con usted.
- c) El abogado que Chubb Seguros México, S.A., asigne al seguimiento de su Reclamación se comunicará con usted en un máximo de 30 minutos para ponerse a sus órdenes y brindarle una asesoría preliminar, así como para programar una cita para entrevistarse personalmente con usted lo antes posible.

Tenga siempre en cuenta lo siguiente:

- a) Lo más importante para su defensa legal o para identificar un posible daño será contar con **copia completa del expediente clínico y del consentimiento informado debidamente firmado por el Paciente**. Esta información es la base de su defensa y deberá encontrarse debidamente integrada de conformidad con los requisitos mínimos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas vigentes.
- b) Bajo ninguna circunstancia deberá presentarse a declarar ante una autoridad judicial o administrativa, ni siquiera como testigo, sin la presencia de un abogado asignado por Chubb Seguros México, S.A.
- c) Chubb Seguros México, S.A., es la única entidad autorizada para asignar abogados para la defensa legal del médico indiciado. No se permite la designación unilateral de abogados externos a la red de Chubb Seguros México, S.A., excepto en casos analizados previamente en conjunto con el Asegurado y exista una autorización expresa por parte de la Aseguradora.

- d) Quedan excluidos los acuerdos extrajudiciales de cualquier índole, excepto en aquellos casos en que sea más conveniente llegar a dicho acuerdo con base en el monto de la Reclamación y/o la severidad del siniestro, previo análisis y autorización expresa de Chubb Seguros México, S.A.
- e) Cualquier violación o contravención a los términos aquí expresados tendrá como consecuencia directa el rechazo de la Reclamación correspondiente.

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 6 de Septiembre de 2019, con el número CNSF-S0039-0398-2019/CONDUSEF-003421-03.

Consentimiento para la entrega de la Documentación Contractual Vía Correo Electrónico

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Chubb Seguros México, S.A., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de Seguro, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Sí Acepto_____.

No Acepto_____.

Nombre y Firma del Solicitante

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 6 de Septiembre de 2019, con el número CNSF-S0039-0398-2019/CONDUSEF-003421-03.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Contratantes o Asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refiere el artículo 103 de la LISF.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el Asegurado o el Beneficiario tienen los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Aseguradora.
3. A comunicarse a la Aseguradora y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Aseguradora una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF, en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido a su arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones en el correo electrónico

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

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 6 de Septiembre de 2019, con el número CNSF-S0039-0398-2019/CONDUSEF-003421-03.

Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250
Torre Niza, Piso 15
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001