

Condiciones Generales

Seguro Indemnización
Hospitalaria Atlas Med

Octubre 2018

ÍNDICE

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes	4
Objeto del contrato	5
Sección I. Definiciones	6
Sección II. Coberturas	10
A. Cirugías	10
B. Hospitalización diaria.....	10
Sección III. Periodos de espera	11
Sección IV. Exclusiones	12
Sección V. Cláusulas Generales.	14
1. Contrato.....	14
2. Vigencia.....	14
3. Territorialidad	14
4. Moneda	14
5. Régimen fiscal.....	14
6. Notificaciones	14
7. Rectificación de la Póliza.....	14
8. Modificaciones.....	14
9. Comisiones.....	15
10. Agravación del riesgo.....	15
11. Edad	15
12. Primas y obligaciones de pago.....	16
13. Altas	17
14. Bajas	17
15. Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato.....	17
16. Rehabilitación	17
17. Renovación	17
18. Comprobación del Siniestro	18
19. Compensación de Primas contra siniestros	19
20. Aviso.....	19
21. Pruebas y comprobación del Siniestro	19
22. Plazo para el pago de Indemnizaciones.....	19

23.	Interés moratorio	19
24.	Preexistencia	22
25.	Arbitraje médico	22
26.	Prescripción.....	23
27.	Competencia	24
28.	Compensación de Primas contra siniestros	24
29.	Terminación anticipada del contrato.....	24
Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s).....		26

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y , en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

Objeto del contrato

El objeto de este seguro es garantizar el pago de una suma asegurada por parte de la Aseguradora al Asegurado o al beneficiario asignado, en caso de que se lleve a cabo un procedimiento quirúrgico durante el periodo de cobertura, o una hospitalización siempre y cuando se cumpla con las condiciones proporcionadas en este contrato. El monto a pagar estará determinado de acuerdo con la banda asignada de procedimiento quirúrgico realizado o a la cantidad de indemnización diaria elegida en la solicitud de la póliza.

Sección I. Definiciones

Con el fin de interpretar las condiciones generales, particulares y/o especiales estipuladas en este Contrato de Seguro a continuación se precisan las siguientes definiciones:

1. Accidente.

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

2. Asegurado.

Persona física que obtiene el beneficio de las coberturas del contrato, pudiendo ser Asegurado Titular o Dependiente Económico.

3. Asegurado Titular.

Persona física para la cual en primera instancia, se solicita la cobertura y cuyo nombre se indica en la Póliza.

Cuando el Asegurado Titular sea menor de edad, toda información requerida con relación al mismo, deberá ser firmada por el padre o tutor.

4. Catálogo de Cirugías

Es el documento que indica las cirugías que se encuentran cubiertas y la cantidad que le corresponde de suma asegurada.

5. Cirugía.

Procedimiento médico que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas, mediante instrumental quirúrgico para reparar un defecto o lesión.

6. Cobertura

Relación de los riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de Seguros Atlas y del Contratante y/o Asegurado.

7. Contratante.

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la Prima.

8. Contrato de Seguro.

Contrato por el que la empresa aseguradora se obliga, mediante el cobro de una Prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

9. Dependiente Económico.

Se considera Dependiente Económico del Asegurado Titular, a su cónyuge o concubina (rio) e hijos(as).

10. Emergencia Médica.

Alteración repentina del estado de salud del Asegurado, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos o críticos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal, una función o la viabilidad de alguno de sus órganos. La emergencia médica desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del Asegurado.

11. Endoso.

Documento que altera o modifica el Contrato de Seguro y que forma parte de éste.

12. Enfermedad.

Cualquier afectación de la salud resultado de la acción de agentes patógenos internos o externos sobre el cuerpo, y que requiera tratamiento médico y/o quirúrgico.

13. Enfermedad Congénita.

Enfermedad con la cual se nace.

14. Evento.

Es la ocurrencia de hospitalización o cirugía derivada de una enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza.

15. Hospital.

Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes, proporciona cuidado y tratamiento de personas enfermas o heridas.

16. Hospitalización.

Es la estancia en una institución legalmente autorizada para la atención médica, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno.

17. Indemnización diaria.

Es la cantidad de dinero que Seguros Atlas pagará por cada día de Hospitalización.

18. Legrado Ginecológico.

Extracción de tejido de la cavidad uterina como parte del tratamiento de Padecimientos ginecológicos y en ausencia de embarazo o sus complicaciones.

19. Legrado Obstétrico.

Extracción de residuos de membranas fetales de la cavidad uterina como parte del tratamiento único o parcial del aborto de cualquier causa, y cualquier otra complicación del embarazo en cualquier etapa, incluyendo el puerperio.

20. Lesión.

Alteración órgano-funcional que se deriva de cualquier Accidente.

21. Médico.

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, pudiendo ser: Médico general, especialista, cirujano u homeópata.

22. Monto contratado

Cantidad contratada por él asegurado y con la que se hará referencia a la indemnización que se le otorgue.

23. Padecimiento.

Término genérico para referirse a una Enfermedad o Accidente.

24. Preexistencia

Se considerara padecimientos preexistentes:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.

25. Periodo al descubierto.

Intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato por falta de pago de primas.

26. Periodo de espera.

El lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del certificado individual del Asegurado, para que se pueda cubrir un padecimiento o procedimiento de acuerdo a las especificaciones de la Póliza y de las Condiciones Generales.

27. Periodo de gracia.

Plazo que Seguros Atlas concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones.

28. Plan.

Se conforma por los siguientes componentes de la Póliza:
Catálogo de Cirugías, Condiciones de contratación, y aquellos que indican al Asegurado los beneficios a los que tiene derecho.

29. Póliza.

Documento que instrumenta el Contrato de Seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas y el Contratante.

30. Prima.

Aportación económica que debe pagar el Contratante a Seguros Atlas en contraprestación por la cobertura de seguro.

31. Seguros Atlas.

Compañía aseguradora registrada con razón social, Seguros Atlas, S.A.

32. Siniestro.

La ocurrencia de cualquier evento cuya cobertura puedan ser motivo de indemnización de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

33. Tratamiento Médico.

Tratamiento médico NO quirúrgico

Es el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, o bien físicos, los cuales tienen como finalidad la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas. **Excepto los tratamientos médicos quirúrgicos.**

Tratamiento médico quirúrgico

Es el medio de tipo quirúrgico que tiene como finalidad la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

34. Urgencia Médica

Situación en la cual el Asegurado se encuentra en un estado de salud crítico, no existe riesgo inminente de muerte, pero requiere una atención médica, para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores del padecimiento cubierto. La urgencia médica desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.

Sección II. Coberturas

Las coberturas aplican únicamente cuando se hubieran contratado expresamente según lo especificado en la póliza.

A. Cirugías

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad el Asegurado es internado dentro de la vigencia del seguro y se le practicara alguna Cirugía cubierta prescrita por un médico y realizada en un quirófano de un hospital, Seguros Atlas pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada.

La Suma Asegurada a indemnizar corresponde al monto contratado por el multiplicador que se encuentra en el catálogo de Cirugías. El multiplicador es diferente para cada procedimiento quirúrgico, por lo que el monto a indemnizar final será la Suma Asegurada contratada por el multiplicador del procedimiento quirúrgico que se llevó a cabo.

Si el asegurado es sometido a más de una cirugía en un mismo internamiento, Seguros Atlas pagará únicamente la Suma Asegurada que corresponde a la cirugía más cara. Sin embargo, si en un mismo procedimiento quirúrgico se efectúa otra intervención en otro campo operativo en la misma sesión, cada operación se considera como un evento, limitado a pagar la más alta al 100% y la segunda al 50% de acuerdo a la tabla de indemnización; bajo esta definición se incluyen los Politraumatismos.

Limitaciones, únicamente se cubren 2 Cirugías durante la vigencia de la póliza.

En caso de que en los 14 días posteriores a la cirugía el asegurado sea re-ingresado al hospital para practicarle una cirugía por el mismo padecimiento, se considerará como la misma cirugía.

B. Hospitalización diaria

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad el Asegurado es internado por un periodo mínimo de 48 horas continuas dentro de la vigencia del seguro, Seguros Atlas le pagará el monto contratado por hospitalización diaria hasta por 180 días de hospitalización.

Si permanece un tiempo menor de 48 horas continuas no será procedente la suma asegurada pactada.

El número máximo de días de hospitalización es de 180 días para todos los eventos.

Sección III. Periodos de espera

Los Periodos de Espera estipulados serán aplicables para cada Asegurado.

Para determinar el cumplimiento del plazo de los periodos de espera definidos, se contarán los días transcurridos desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, última rehabilitación o alta del asegurado, la que resulta posterior, y la fecha del siniestro. Si la diferencia anterior es mayor o igual a los plazos definidos se puede concluir que cumple con el periodo de espera.

Cualquier eventualidad por concepto de Enfermedad con excepción de accidentes o las siguientes emergencias médicas:

Intoxicación, Apendicitis, Aneurisma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Infección Severa repentina que arriesgue la vida, Infarto al Miocardio, Politraumatismos y Trombosis Pulmonar profunda.

Periodo de espera de 30 días

Se cubrirá la indemnización con referencia a hospitalización diaria o cirugías cuyos primeros signos o síntomas de la enfermedad o primer gasto para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 30 días de vigencia continua con Seguros Atlas.

Las cirugías y gastos de hospitalización por accidentes quedarán amparadas a partir de la fecha de alta de los asegurados en la Póliza.

Sección IV. Exclusiones

Con excepción de lo específicamente cubierto, y salvo pacto expreso en contrario entre el contratante y Seguros Atlas, la Póliza no cubre hospitalización o cirugía como consecuencia de:

1. Complicaciones derivadas de Padecimientos y Cirugías expresamente excluidos en el contrato.
2. Padecimientos Congénitos.
3. Padecimientos ocasionados por los efectos del alcohol, enervantes o fármacos.
4. Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no.
5. Padecimientos producidos por explosión y/o contaminación nuclear, radioactiva o atómica.
6. Padecimientos que se originen por practicar o participar en:
 - A. Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - B. Actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado, o la riña cuando el Asegurado sea el provocador.
 - C. Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
 - D. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
 - E. Conducción de motocicletas o vehículos de motor, ya sea como piloto o acompañante.
 - F. Cualquier deporte practicado de forma profesional.
 - G. La ejecución de equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.
7. Endometriosis, esterilidad o infertilidad.
8. Estrabismo.
9. Tratamientos para control de la natalidad.
10. Trastornos mentales, depresión, histeria, estrés, neurosis, psicosis, bulimia, anorexia o cualquier otra enfermedad psiquiátrica, problemas psicológicos, afecciones del sistema nervioso psicomotriz, trastornos del lenguaje o aprendizaje (sin importar sus manifestaciones clínicas), trastornos del sueño, apnea, sin importar su origen.
11. Tratamientos experimentales.
12. Aborto, Embarazo, Legrado Obstétrico causado por tratamientos anticonceptivos, Partos Anormales, Partos Normales, Cesáreas, Partos Prematuros y Maternidad.
13. Cirugía proporcionados por familiares directos del Asegurado, por instituciones o personas no autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.
14. Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
15. Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
16. Intentos de suicidio o lesiones auto infligidas.
17. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
18. Presbicia, hipermetropía, astigmatismo, miopía o defectos de refracción.

19. Cualquier procedimiento practicado en consultorio que no requiera quirófano ni hospitalización para realizarse, así como todos los gastos erogados fuera del hospital, clínica o sanatorio donde se recibió la atención médica y/o quirúrgica.
20. Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto.
21. Hospitalización o Intervenciones quirúrgicas por carácter estético o plástico, así como procedimientos quirúrgicos para corregir el aumento de peso, y el acné.
22. Procedimientos quirúrgicos para donación de órganos; o el ingreso al hospital como candidato a ser donador de órganos.
23. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.
24. Diálisis.
25. Accidentes causados por actos terroristas.
26. Riesgos derivados de la utilización de materiales peligrosos como ejemplo, solventes, productos químicos inflamables, fertilizantes, pesticidas, así como manejo de armas de fuego o energía nuclear.
27. Tratamiento médico para el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
28. Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.
29. Dependencia química.

Sección V. Cláusulas Generales.

1. Contrato

El Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlas se constituye de: la Solicitud de Seguro, la Caratula de Póliza, la Póliza, recibo de pago de primas, las Condiciones Generales, Especiales y Catálogo de Cirugías.

2. Vigencia

El periodo de validez de este contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la Póliza.

3. Territorialidad

El asegurado deberá ser residente en la República Mexicana. La cobertura establecida en estas condiciones aplica a los eventos con cobertura que hayan ocurrido en cualquier parte del mundo.

4. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

5. Régimen fiscal

El Régimen fiscal de la Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúen los pagos derivados de este contrato.

6. Notificaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Contratante necesite hacer a Seguros Atlas, deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en el domicilio indicado en la caratula de la Póliza o en sus oficinas de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de Seguros Atlas excepto que ésta se lo indicare al Contratante. Los requerimientos, avisos y notificaciones de Seguros Atlas para el Contratante se harán en el último domicilio del Contratante que sea conocido por Seguros Atlas.

7. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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.

8. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza, sólo se modificarán previo acuerdo entre el Contratante y Seguros Atlas, mediante Endosos o cláusulas previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia los agentes o cualquier otra persona sin autorización de Seguros Atlas, carecen de facultades para efectuar modificaciones o concesiones.

9. Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a Seguros Atlas, que 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. Seguros Atlas proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

10. Agravación del riesgo

De conformidad con el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicar a Seguros Atlas las agravaciones esenciales del riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Contratante y/o el Asegurado omitieren el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Seguros Atlas en lo sucesivo.

11. Edad

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad el número de años cumplidos a la Fecha de Alta indicada para cada Asegurado.

a) Límites de edad.

La edad mínima es a partir del 1 año y para la edad máxima de los Asegurados, para ser aceptados en la Póliza es de 64 años, con renovación hasta los 69 años. El Asegurado que haya cumplido 70 años de edad, será dado de baja del seguro en el aniversario de la Póliza.

b) Requisitos de Asegurabilidad

1. Cumplir con los límites de edad de aceptación.
2. Para personas entre 65 y 69 años deberán comprobar que estuvieron asegurados en la vigencia inmediata anterior en la Póliza del Contratante.
3. La aseguradora podrá solicitar cuestionarios médicos para asegurados mayores de 69 años o cuando se requiera por las características de riesgo.

c) Comprobación.

Seguros Atlas se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez efectuada ésta, Seguros Atlas realizará la anotación respectiva, sin que pueda pedir nuevas pruebas.

d) Ajuste de indemnización.

Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de Seguros Atlas se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Seguros Atlas estará obligada a reembolsar la diferencia entre la Prima pagada y la que habría sido necesario pagar para la edad real del Asegurado en el momento de la

celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

e) Recuperación.

Si Seguros Atlas hubiere pagado alguna indemnización al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del primer párrafo del inciso “d” de esta cláusula, incluyendo los intereses respectivos.

12. Primas y obligaciones de pago

Los siguientes procedimientos se cubrirán de acuerdo a lo indicado a continuación:

a) Obligaciones de pago

Las Primas convenida en su totalidad deberán ser pagadas por el Contratante.

b) Prima

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y la obligación corresponderá a la prima anual.

La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije Seguros Atlas al momento de la celebración del contrato.

c) Recibo de pago

Para que se efectúe el pago de la Prima, Seguros Atlas emitirá un Recibo para los casos en que ésta deba pagarse en una sola exhibición.

En caso de optar por cubrir la Prima pactada en parcialidades, Seguros Atlas emitirá el número de recibos correspondientes.

Cada Recibo deberá ser pagado a la fecha de inicio de vigencia indicada en el mismo.

d) Periodo de gracia

El Contratante cuenta con un periodo de gracia de 30 días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el mismo. Si no hubiese sido pagado dicho Recibo dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

e) Medio de pago

Los Recibos deberán ser pagados por el Contratante a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice Seguros Atlas, y a falta de convenio expreso, en las oficinas de Seguros Atlas.

Cuando el medio de pago sea un cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica, el estado de cuenta o recibo donde aparezca el folio o número de confirmación de dicha transacción hará prueba del pago.

13. Altas

Podrá darse de alta cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de “Dependiente Económico”, mediante el llenado de la solicitud por parte del Contratante y aceptación de Seguros Atlas.

14. Bajas

Causarán baja de la cobertura de la Póliza, cualquier Asegurado que fallezca, o bien que siendo cónyuge, se separe legalmente del Asegurado Titular.

15. Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato

El Solicitante está obligado a declarar por escrito a Seguros Atlas, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8o, 9o y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a Seguros Atlas para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro.

Seguros Atlas comunicará en forma auténtica al contratante y/o al asegurado y/o beneficiarios, la rescisión del contrato, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que Seguros Atlas conozca la omisión o inexacta declaración.

16. Rehabilitación

No obstante lo establecido en la cláusula de “**Primas y obligaciones de pago**”, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su Póliza y/o Endosos después del Periodo de Gracia convenido, referido en dicha cláusula. Seguros Atlas podrá rehabilitar la Póliza y/o Endosos cuando se cumplan tanto los requisitos de asegurabilidad como sus políticas de aceptación y rehabilitación. Una vez que Seguros Atlas acepte el riesgo, rehabilitará la Póliza y/o Endoso(s), y fijará la Prima que corresponda.

17. Renovación

El Contratante para renovar la Póliza tendrá que solicitarlo por escrito a Seguros Atlas dentro de los 30 días anteriores al fin de vigencia del contrato.

Seguros Atlas aplicará en la renovación, condiciones de cobertura congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se modificarán Periodos de Espera, no se reducirán los límites de Edad, ni se solicitaran nuevos requisitos de asegurabilidad.

El incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los procedimientos técnicos y parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los Estándares de Práctica Actuarial. Así mismo se actualizará el Deducible y modalidades de Coaseguro contratado conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica correspondiente.

Seguros Atlas informará con al menos 20 días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la Prima, Deducible, modalidades de Coaseguro aplicables a la misma.

En el caso de Asegurados que a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestren que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, Seguros Atlas a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los Gastos Médicos que se hubiesen derivado de Padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las Primas que en su caso debió pagar a Seguros Atlas durante el periodo que estuvo incapacitado.

En los casos en que por cualquier causa Seguros Atlas suspenda la operación de seguros de Gastos Médicos Mayores, los Asegurados con Siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los Gastos Médicos, descontando a cada año, de los saldos reclamados, la Prima que le hubiese correspondido pagar por la renovación del seguro.

Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado Titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

18. Comprobación del Siniestro

De conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas 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.

Las obligaciones de Seguros Atlas 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 párrafo anterior.

Seguros Atlas se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos en los cuales se base la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Dependientes, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas de cualquier obligación.

Si dentro del periodo de gracia ocurriera un siniestro procedente de acuerdo con las condiciones de la Póliza, Seguros Atlas pagara el monto correspondiente deduciendo la parte de la Prima vencida que no ha sido pagada.

19. Compensación de Primas contra siniestros

Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar las Primas que se le adeuden, con la indemnización debida al Asegurado de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

20. Aviso

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de Seguros Atlas.

21. Pruebas y comprobación del Siniestro

Cuando se derive alguna obligación para Seguros Atlas, el reclamante, además de entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas, debe presentar todas las pruebas de los gastos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc., dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se hayan erogado dichos gastos.

De conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas 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.

Las obligaciones de Seguros Atlas 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 párrafo anterior.

Seguros Atlas se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos en los cuales se base la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Dependientes Económicos, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas de cualquier obligación.

22. Plazo para el pago de Indemnizaciones

Seguros Atlas pagará al Asegurado, o a quien corresponda, la indemnización que resulte del contrato de Seguro, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

23. Interés moratorio

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado o beneficiario, según corresponda, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho pago será exigible a partir de que se determine la procedencia.

A continuación se transcribe el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

“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 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.”

24. Preexistencia

Seguros Atlas podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento preexistente cuando cuente con las siguientes pruebas:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**
- b) Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o**
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.**

Seguros Atlas podrá requerir al Asegurado, como parte del procedimiento de suscripción, que se someta a un examen médico. Si el Asegurado acepta ese examen médico, evitará que se aplique esta cláusula de Preexistencia sobre algún Padecimiento relacionado con el tipo de examen practicado, y que no hubiese sido diagnosticado en dicha valoración.

En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de un Padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Seguros Atlas podrá aceptar o no dar cobertura para el Padecimiento declarado.

25. Arbitraje médico

Quando Seguros Atlas determine como improcedente la reclamación de los Gastos Médicos por un padecimiento considerado preexistente, de conformidad con la cláusula de “**Preexistencia**” de estas Condiciones Generales, y a elección del Contratante y/o Asegurado, se podrá resolver esta controversia mediante un Arbitraje Médico independiente.

Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado comunicará por escrito a Seguros Atlas su decisión de someterse al Arbitraje Médico.

Posteriormente, mediante escrito firmado por ambas partes, se solicitará a una Institución de Salud de Asistencia Pública o Privada o cualquier otro organismo, que designe a un perito médico de la especialidad relacionada con el Padecimiento considerado como preexistente, para que funja como árbitro.

Una vez designado el árbitro, dentro de los 15 días hábiles posteriores a tal designación, las partes junto con el árbitro, se pondrán de acuerdo y establecerán el procedimiento, firmando para tal efecto el convenio arbitral. Las partes aceptarán la resolución emitida, y las vinculará teniendo el carácter de cosa juzgada.

Por el hecho de que el Contratante y/o Asegurado decida resolver la diferencia por la preexistencia de un Padecimiento mediante el Arbitraje Médico, se considera que renuncia a cualquier otro procedimiento de carácter judicial o administrativo que la Ley conceda a su favor para dirimir esta controversia, con la excepción de que sea imposible designar un árbitro, caso en el que quedarán a salvo sus derechos para ejercerlos ante los Tribunales Competentes.

Para garantizar la independencia e imparcialidad del árbitro designado para resolver esta controversia, éste no deberá tener ningún interés en el resultado de la misma, ni podrá ser amigo, enemigo, familiar, ni conocido del Contratante y/o bien de familiares, así como de los empleados o funcionarios de Seguros Atlas. En caso de que alguna de las partes conozca que existe alguna de estas circunstancias, lo manifestará por escrito a la otra parte, para que el árbitro nombrado abandone la controversia, y se designe a otro árbitro, siguiendo el procedimiento antes señalado.

El Contratante y/o Asegurado podrá utilizar esta cláusula sólo cuando Seguros Atlas rechace su reclamación, por considerar que el Padecimiento es preexistente. Sin embargo, si existiere alguna otra razón a la antes señalada por la cual se estime también como improcedente la referida reclamación, la controversia que llegare a suscitarse será resuelta por la autoridad judicial competente.

Este procedimiento será sin costo alguno para el Contratante y/o Asegurado, y en caso de existir, será liquidado por Seguros Atlas.

26. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley, dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, asimismo se suspenderá en los casos previstos en esta Ley.

En términos del Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el Artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

27. Competencia

En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a nuestra Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 delegación Cuajimalpa Ciudad México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. así como nuestra atención telefónica al 9177-5220 o al 01800-999 o 01800-849-3916 y correo electrónico rlbastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762 Col. Del valle delegación Benito Juárez o consulte www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-oficinas-de-atencion; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono 5340-09999 o al 01800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx ; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

28. Compensación de Primas contra siniestros

Contra Siniestros Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar las Primas que se le adeuden, con la indemnización debida al Asegurado de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

29. Terminación anticipada del contrato.

El contratante podrá dar por terminado este contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso escrito a Seguros Atlas, con al menos 15 días anteriores a la fecha en que termine su contratado.

El contratante de la póliza podrá solicitar la cancelación de la póliza por escrito a la aseguradora en cualquier momento durante la vigencia de dicha póliza. Las primas no devengadas, si las hubiera, serán restituidas a la aseguradora.

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 03 de Diciembre de 2018 con el número CNSF-S0023-0648-2018.

Número de registro CONDUSEF: CNSF-0648-2018/CONDUSEF-001192-02

Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s)

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.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

- a) 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;

- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;

- g) 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;
- h) 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

- i) 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.

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

Artículo 26.- El artículo anterior deberá insertarse textualmente en la póliza.

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

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

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

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

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 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 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 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

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

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

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

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si 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.

Le recordamos los datos de contacto de nuestra Unidad Especializada y de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) para consultas o reclamaciones relacionadas con este seguro:

Unidad Especializada

Ubicación: Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120
Delegación Cuajimalpa, Ciudad de México
Teléfono: (55) 9177-5220 o al 01800-849-3916
Correo electrónico: rlabastida@segurosatlas.com.mx
Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas

CONDUSEF

Ubicación: Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, C.P. 0310, Ciudad de México
Teléfono: (55) 5340-0999 y 01-800-999-8080
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Horario de atención: consulte la información relativa a los horarios de atención de la oficina más cercana en <http://www.condusef.gob.mx/gbm/?p=mapa-delegaciones>.