

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES

1 DEFINICIONES

I. RELATIVAS AL CONTRATO

- I.1 ACCIDENTE
- I.2 ASEGURADO
- I.3 CONTRATO DE SEGURO
- I.4 PÓLIZA
- I.5 FECHA DE INICIO DE COBERTURA
- I.6 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
- I.7 FECHA DE TÉRMINO DE VIGENCIA
- I.8 LA COMPAÑÍA
- I.9 RECIBO DE PAGO
- I.10 SOLICITUD
- I.11 ASEGURADO TITULAR O INTEGRANTE TITULAR
- I.12 COLECTIVIDAD ASEGURABLE
- I.13 COLECTIVIDAD ASEGURADA
- I.14 CONTRATANTE

II. RELATIVAS A LA COBERTURA

- II.1 BASE DE REEMBOLSO
- II.2 FACTOR DE REEMBOLSO
- II.3 HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO
- II.4 REEMBOLSO
- II.5 FRACTURAS DE HUESOS
- II.6 HOSPITALIZACIÓN
- II.7 INSTITUCIÓN HOSPITALARIA
- II.8 POLITRAUMATISMO
- II.9 PREEXISTENCIA
- II.10 SUMA ASEGURADA
- II.11 URGENCIA MÉDICA O EMERGENCIA MÉDICA

2 OBJETO DEL SEGURO

- a. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO

3 CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS

4 EVENTOS CUBIERTOS

- a. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO

5 EXCLUSIONES

6 PAGO DE INDEMNIZACIONES

- 6.1 LÍMITES DE INDEMNIZACIONES
- 6.2 COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

7 CLÁUSULAS GENERALES

7.1 CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

- a. RENOVACIÓN
- b. PRIMAS
- c. AJUSTES POR MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS
- d. EDAD ALCANZADA
- e. PERIODO DE GRACIA
- f. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

7.2 CLÁUSULAS OPERATIVAS

- a. RESIDENCIA
- b. VIGENCIA
- c. MODIFICACIONES

7.3 CLÁUSULAS CONTRACTUALES

- a. COMPETENCIA
- b. PREEXISTENCIA
- c. PRESCRIPCIÓN
- d. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
- e. MONEDA
- f. NOTIFICACIONES
- g. REVELACIÓN DE COMISIONES
- h. INTERÉS MORATORIO

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

I. Relativas al contrato

I.1 Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

I.2 Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

I.3 Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V., así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

I.4 Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

I.5 Fecha de Inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

I.6 Fecha de Inicio de Vigencia

- a) **Carátula de Póliza.-** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1. Nombres y firmas de los representantes de La Compañía.
2. Nombre y domicilio del Contratante.
3. La designación de las personas aseguradas.
4. La naturaleza de los riesgos transferidos.
5. Fecha de inicio y fin de la vigencia.
6. Lista de Endosos incluidos.
7. El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.
8. Cobertura Contratada.
9. Prima del seguro.
10. Montos de suma asegurada o tipo de plan.

- b) **Condiciones Generales.-** Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

- c) **Endosos.-** Documento, generado por Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V., previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las Condiciones Generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

- d) **Información para la orientación en caso de siniestro.-** Texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

I.7 Fecha de Término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la Carátula.

I.8 La Compañía

Nombre con el cual se designará a la Aseguradora Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V. en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la Póliza.

I.9 Recibo de Pago

Es el documento expedido por la Compañía, en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

I.10 Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y por el Asegurado Titular cuando sea distinto del Contratante.

I.11 Asegurado Titular o Integrante Titular

Miembro de la Colectividad Asegurable que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la Póliza.

I. 12 Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

I. 13 Colectividad Asegurada

La integran las personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de asegurabilidad y que sus nombres aparecen en el Listado de Asegurados.

I. 14 Contratante

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro Colectivo con la Compañía y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

II. Relativas a la cobertura

II. 1 Base de Reembolso

Cantidad establecida en la carátula de la Póliza, la cual servirá para determinar el monto máximo a pagar por concepto de honorarios médicos y quirúrgicos por la Compañía por procedimiento terapéutico y/o quirúrgico a causa de un accidente.

II. 3 Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día. Hospitalización.

II. 4 Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato.

II.5 Fracturas de Huesos

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

II.6 Hospitalización

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

II.7 Institución Hospitalaria

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

II.8 Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

II.9 Preexistencia

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

II.10 Suma Asegurada

Es la responsabilidad a cargo de la Compañía por pago de cada evento cubierto.

II.11 Urgencia Médica o Emergencia Médica

Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida, la integridad corporal o la viabilidad de algún órgano y por lo tanto requiere atención médica inmediata.

2. OBJETO DEL SEGURO

a. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, La Compañía pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4. de este Contrato de Seguro.

3. COBERTURAS AMPARADAS

Reembolso de GM por Accidente

4. EVENTOS CUBIERTOS

El límite de responsabilidad a cargo de La Compañía será hasta un máximo de \$100,000.00 por cada año de vigencia.

a. Reembolso de Gastos Médicos por accidente

Se reembolsarán los gastos médicos por accidente de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la Póliza.

a.1. Para Fracturas de Huesos y Politraumatismos a partir del primer día de vigencia de la Póliza para el Asegurado afectado.

En el caso de Fracturas de Huesos la indemnización es única dentro de la vigencia de la Póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

5. EXCLUSIONES

Para efectos de este Contrato de Seguro, quedan excluidas las Rentas Diarias por Hospitalización e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- a. Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.
- b. Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- c. Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico.
- d. Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.
- e. Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.

- f. Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.
- g. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check up".
- h. Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.
- i. Gastos o Manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su Periodo de Espera.
- j. Tratamientos en vías de experimentación.
- k. Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.
- l. Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

6. PAGO DE INDEMNIZACIONES

6.1 Límites de Indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de La Compañía dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todas los documentos que fundamenten la indemnización que La Compañía haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula 6.2 Comprobación del evento cubierto.

6.2 Comprobación del evento cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- (i) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- (ii) En el caso de una reclamación será indispensable presentar:
 - El comprobante de la Institución Hospitalaria con nombre completo del paciente, diagnóstico y número de días de estancia.
 - La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables
- (iii) En caso de una Indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:
 - El informe del médico tratante.
 - Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anterior a la fecha de Vigencia de la Póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que La Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante

podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y La Compañía, para un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por La Compañía quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1 Cláusulas de Interés para el Asegurado

a. Renovación

Este Contrato de Seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el Asegurado no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de Prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b. Primas

La Prima total de la Póliza es la suma de las Primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la Prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

- En el domicilio de La Compañía contra la entrega del recibo expedido por la misma; o,
- De acuerdo a los medios autorizados por La Compañía para este producto.

c. Ajustes por movimientos de Asegurados

En el caso de altas de Asegurados, La Compañía cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente

desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la Prima no devengada.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de Primas.

d. Edad Alcanzada

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de renovación, y ajustes por movimientos de Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras vivan los Asegurados mediante la obligación del pago de la Prima.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los Asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la Prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados, y la Prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la Prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

e. Periodo de Gracia

El Contratante dispondrá de treinta días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la Prima.

Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Si no hubiere sido pagada la Prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

f. Reconocimiento de Antigüedad

No se reconocerá antigüedad entre Compañías.

7.2 Cláusulas Operativas

a. Residencia

Para efecto de esta Póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

b. Vigencia

La vigencia de este Contrato de Seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la Carátula de la Póliza.

c. Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado 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.

7.3 Cláusulas Contractuales

a. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. 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 Usuario.

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

b. Preexistencia

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

- a. Que previamente a la celebración de un Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de algún diagnóstico.
- b. Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia de la Póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

c. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía 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.

En términos del Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, 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.

d. Omisiones o inexactas declaraciones

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

e. Moneda

Los pagos de Primas e indemnizaciones de esta Póliza se efectuarán en moneda nacional.

f. Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el Contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a La Compañía en su domicilio social indicado en la Carátula de la Póliza.

Cualquier notificación realizada por La Compañía relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el Contratante para tal efecto.

g. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía 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.

h. Interés Moratorio

En caso de que La Compañía, no obstante de 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, beneficiario o tercero dañado una

Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. 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.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Ley sobre el Contrato de Seguro 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.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ de fecha _____.”

“Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos 52782186, o visite www.tokiomarine.com.mx; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la república al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.”