



---

**CONDICIONES GENERALES  
VIDA HOSPITALIZACIÓN**

---

Seguros Afirme S.A. de C.V.,  
Afirme Grupo Financiero

**No. Registro: CNSF-S0094-0191-2019/CONDUSEF-003752-01**

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Definiciones</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Objeto del Seguro</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Descripción de las Coberturas</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Básico por Fallecimiento</b>	<b>6</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Edades de Aceptación</b>	<b>6</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Edad de Cancelación</b>	<b>6</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Periodo de Espera</b>	<b>6</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Periodo de Carencia</b>	<b>6</b>
<b>3.1.5</b>	<b>Cancelación de la Cobertura</b>	<b>6</b>
<b>3.1.6</b>	<b>Terminación del Beneficio</b>	<b>7</b>
<b>3.1.7</b>	<b>Exclusiones</b>	<b>7</b>
<b>3.2</b>	<b>Muerte Accidental</b>	<b>7</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Edades de Aceptación</b>	<b>7</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Edad de Cancelación</b>	<b>7</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Periodo de Espera</b>	<b>7</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Periodo de Carencia</b>	<b>7</b>
<b>3.2.5</b>	<b>Cancelación de la Cobertura</b>	<b>7</b>
<b>3.2.6</b>	<b>Terminación del Beneficio</b>	<b>8</b>
<b>3.2.7</b>	<b>Exclusiones</b>	<b>8</b>
<b>3.3</b>	<b>Invalidez Total y Permanente por Accidente</b>	<b>9</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Definiciones</b>	<b>9</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Beneficio</b>	<b>10</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Bases para considerar la validez del dictamen</b>	<b>10</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Edades de Aceptación</b>	<b>10</b>
<b>3.3.5</b>	<b>Edad de Cancelación</b>	<b>111</b>
<b>3.3.6</b>	<b>Periodo de Espera</b>	<b>11</b>
<b>3.3.6</b>	<b>Periodo de Carencia</b>	<b>11</b>
<b>3.3.7</b>	<b>Cancelación de la Cobertura</b>	<b>11</b>
<b>3.3.8</b>	<b>Terminación del Beneficio</b>	<b>11</b>
<b>3.3.10</b>	<b>Exclusiones</b>	<b>11</b>
<b>3.4</b>	<b>Hospitalización por Accidente</b>	<b>12</b>

3.4.1	Edades de Aceptación	12
3.4.2	Edad de Cancelación	13
3.4.3	Periodo de Espera	13
3.4.4	Periodo de Carencia	13
3.4.5	Periodo Máximo de la Cobertura	13
3.4.6	Cancelación de la Cobertura	13
3.4.6.1	A petición del Contratante	13
3.4.6.2	Cancelación Automática	13
3.4.7	Terminación del Beneficio	13
3.4.8.	Reclamante Sustituto	13
3.4.9	Exclusiones	14
3.5	Asistencias	15
3.5.1	Orientación Médica Telefónica	15
3.5.2	Pago y Envío de Ambulancia Terrestre	15
3.5.3	Referencia Médica	16
4.	Cláusulas Generales	16
4.1.	Rectificación de Póliza	16
4.2.	Suicidio	16
4.3.	Vigencia del Contrato	16
4.3.	Zona de Cobertura (Territorialidad)	16
4.5.	Prima	16
4.6.	Lugar de Pago	17
4.7.	Periodo de Gracia	17
4.8.	Moneda	17
4.9.	Edad	17
4.10.	Siniestros	17
4.11.	Prescripción	19
4.12	Competencia	20
4.13	Beneficiarios	20
4.14	Interés Moratorio	21
4.15	Agravación del Riesgo	21
4.16	Pérdida del Derecho a ser Indemnizado	21
4.17	Comunicaciones	22

<b>4.18</b>	<b>Informe sobre Comisiones a Intermediarios</b>	<b>22</b>
<b>4.19</b>	<b>Entrega de Documentación Contractual</b>	<b>22</b>

**Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero** es la Institución legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de pagar las Indemnizaciones del presente Contrato de Seguro, designada de aquí en adelante como "la Institución".

## 1. Definiciones.

Para efectos de las presentes condiciones generales, los siguientes términos tendrán los significados que a continuación se establecen que serán igualmente aplicados a las formas singular o plural de dichos términos:

**Accidente.** -Acontecimiento súbito, fortuito, y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo.

**No se considerarán Accidentes, las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Así mismo quedan excluidos todos los eventos producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente, o cuando sean a consecuencia de culpa grave del propio Asegurado.**

**Asegurado.** -Persona(s) incluida en la Póliza, sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en la misma, con derecho a los Beneficios del presente Contrato de Seguro.

**Beneficiario.** -Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza o su proporción correspondiente para las coberturas de fallecimiento y muerte accidental,

Para el resto de las coberturas, el Beneficiario será el propio Asegurado.

**Beneficio.** -Es la indemnización a la que tiene derecho a recibir los Beneficiarios en caso de ser procedente la reclamación del Siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

**Institución.** -Seguros Afirme, S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero; es la aseguradora y constituye la persona moral que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

**Contratante.** -Persona física o moral cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.

**Contrato de Seguro o Póliza.** -Significa el contrato celebrado entre la Institución y el Contratante, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, integrado por los siguientes documentos:

- Estas condiciones generales;
- Declaraciones de los solicitantes proporcionados en la solicitud del Seguro;
- Carátula de la Póliza;
- Condiciones generales;
- Endosos;

Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionario y formatos de la Institución que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Institución.

**Endoso.** -Convenio escrito que modifica las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y forma parte de éste. Lo señalado por este convenio prevalecerá sobre las Condiciones Generales y especiales aplicables en todo aquello en que se contrapongan.

**Enfermedad o Padecimiento.** -Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar, se considerarán una misma Enfermedad o Padecimiento.

**Evento.** -Momento en que se utiliza algún servicio médico como consecuencia de un Accidente.

**Hospital, Clínica o Sanatorio.** -Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes y que cuente con la autorización por parte de la autoridad Sanitaria correspondiente.

**Para efecto de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio, las casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes o estéticos.**

**Hospitalización.** -Estancia continúa en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente necesaria y comprobable para la atención de un Accidente.

**Indemnización.** -Es el pago que efectúa la Institución al Asegurado, por la ocurrencia de alguna de las eventualidades previstas en el Contrato de Seguro.

**Médico.** -Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser Médico general, Médico especialista, alópata u homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

Es requisito indispensable que el (los) Médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente cubierto mediante la nota y firma respectiva en el expediente clínico.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

**Periodo de Carencia.** -Tiempo necesario que debe permanecer el Asegurado hospitalizado previamente a que inicie la cobertura de Hospitalización por Accidente.

El Periodo de Carencia para efectos de la cobertura de Hospitalización por Accidente amparado por esta Póliza será de 24 horas continuas e ininterrumpidas.

**Periodo de Gracia.** -Es el tiempo del que dispone el Contratante a partir del vencimiento de la Prima para pagar ésta en forma total o la fracción de ella (en el caso de pago en parcialidades), antes de que la Póliza quede sin efectos.

**Siniestro.** -Ocurrencia de cualquier eventualidad prevista en el Contrato de Seguro.

**Suma Asegurada.** -Límite máximo de responsabilidad de la Institución por cada Asegurado y para cada Accidente cubierto de acuerdo con las estipulaciones consignadas en este Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Endosos.

**Vigencia.** -Periodo de validez del Contrato de Seguro previsto en la carátula de Póliza, el cual no podrá ser mayor a un año.

## 2. Objeto del Seguro

El objeto del presente Contrato de Seguro es otorgar una Indemnización por Hospitalización cuando esta sea a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Contrato de Seguro que amerite y requiera internamiento hospitalario, sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación.

## 3. Descripción de las Coberturas

Las coberturas descritas en esta sección tendrán efecto al momento de su contratación.

### 3.1 Básica por Fallecimiento

Si el Asegurado fallece durante la Vigencia del seguro, la Institución pagará la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza a los Beneficiarios designados, según se indique en la misma. Si el Asegurado sobrevive al término de la Vigencia del Contrato de Seguro, la protección de esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Institución.

Una vez reclamada la cobertura, se cancela la Póliza, quedando sin efecto las coberturas adicionales previstas por la misma.

**3.1.1 Edades de Aceptación**  
De 18 a 64 años.

**3.1.2 Edad de Cancelación**  
65 años.

**3.1.3 Periodo de Espera**  
No aplica

**3.1.4 Periodo de Carencia**  
No aplica.

**3.1.5 Cancelación de la Cobertura**  
El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

- a) **A petición del Contratante.** - El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- b) **Cancelación Automática.** -Por falta de pago de la prima en los términos del Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### 3.1.6 Terminación del Beneficio

Este Beneficio terminará de manera automática:

- a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza.
- b) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

### 3.1.7 Exclusiones

- **Suicidio ocurrido durante los dos primeros años de Vigencia de la Póliza.**

## 3.2 Muerte Accidental

La Institución indemnizará al o los Beneficiarios designados, si a consecuencia directa de algún Accidente amparado, ocurre la muerte del Asegurado.

### 3.2.1 Edades de Aceptación

De 18 a 64 años.

### 3.2.2 Edad de Cancelación

65 años.

### 3.2.3 Periodo de Espera

No aplica

### 3.2.4 Periodo de Carencia

No aplica.

### 3.2.5 Cancelación de la Cobertura

El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

- a) **A petición del Contratante.** -El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- b) **Cancelación Automática.** -Por falta de pago de la prima en los términos del Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.



**3.2.6 Terminación del Beneficio**

Ese Beneficio terminará de manera automática:

- a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza; o
- b) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

**3.2.7 Exclusiones**

- a. **Lesiones causadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- b. **Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales;**
- c. **Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- d. **Lesiones sufridas en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
- e. **Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa o indirecta del Asegurado en actos delictivos.**
- f. **Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- g. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- h. **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el Asegurado.**
- i. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**

- j. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo, vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- k. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- l. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas.**
- m. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un Accidente.**
- n. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- o. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes o bien por estar bajo los efectos de enervantes, estimulantes o similar, excepto si fueron prescritos por un Médico.**
- p. Envenenamiento, excepto accidental.**
- q. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.**

### **3.3 Invalidez Total y Permanente por Accidente**

#### **3.3.1 Definiciones**

##### **a. Accidente**

Para los efectos de este Beneficio, se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produzca la Invalidez Total y Permanente del Asegurado. No se considerarán Accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

##### **b. Invalidez Total y Permanente**

Para efectos de esta cláusula, se considerará “Invalidez Total y Permanente”, cuando el Asegurado como consecuencia de un Accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez total y permanente se requiere que éste no sea susceptible de ser corregido utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o que aun existiendo dichos tratamientos no sean accesibles para el Asegurado en función de su condición económica y que se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente, siempre y cuando la invalidez haya sido continua durante un periodo no menor de tres meses.

### 3.3.2 **Beneficio**

La Institución conviene en pagar al Asegurado que durante la Vigencia de la Póliza haya sido diagnosticado en estado de invalidez total y permanente a causa de un Accidente, en las condiciones antes señaladas, y considerando el Periodo de Espera que más adelante se menciona, la Suma Asegurada contratada para este Beneficio en una sola exhibición, extinguiéndose en ese momento la obligación de la Institución por este Beneficio.

Para los efectos de este Beneficio se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, sin que opere periodo de espera establecido en el apartado de definiciones, las siguientes condiciones:

- a) La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos,
- b) La pérdida de las dos manos o de los dos pies,
- c) La pérdida de una mano y un pie,
- d) La pérdida de una mano y la vista en un ojo; o
- e) La pérdida de un pie y la vista en un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

- a) Pérdida de las manos- su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella;
- b) Pérdida de pie- su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; y
- c) Pérdida de un ojo- pérdida completa y definitiva de la visión del mismo.

**3.3.3 Bases para considerar la validez del dictamen.**- A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Institución, todos los exámenes análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un Médico especialista en la materia y certificado por el Consejo de la especialidad de medicina del trabajo que elegirá el Asegurado de entre los previamente designados por la Institución a fin de dictaminar si procede o no la determinación del estado de invalidez.

**3.3.4 Edades de Aceptación**  
De 18 a 64 años.

**3.3.5 Edad de Cancelación**  
65 años.

**3.3.6 Periodo de Espera**  
3 meses.

**3.3.7 Periodo de Carencia**  
No aplica.

**3.3.8 Cancelación de la Cobertura**  
El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

a) **A petición del Contratante.** -El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

b) **Cancelación Automática.** -Por falta de pago de la prima en los términos del Art. 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

**3.3.9 Terminación del Beneficio**  
Ese Beneficio terminará de manera automática:

- a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza o al finalizar el período de cobertura para este Beneficio indicado en la carátula de la Póliza, lo que ocurra primero.
- b) Cuando por cualquier causa, cesen los efectos del Contrato de Seguro a cuya Póliza se agrega esta cláusula.
- c) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

Son aplicables en lo conducente todas las condiciones y estipulaciones establecidas por la Póliza a la cual se agrega esta cláusula, en caso de que se contrapongan, prevalecerá lo estipulado en la presente.

**3.3.10 Exclusiones**  
**Este Beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:**

- a. **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**
- b. **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- c. **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional**

cometidos por el propio Asegurado.

- d. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Institución comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- e. **Lesiones derivadas por la participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- g. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, y tauromaquia.**
- h. **Estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de la Vigencia de la Póliza.**

### **3.4 Hospitalización por Accidente**

La cobertura descrita en esta Sección tendrá efecto al momento de su contratación.

Si como consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de la Póliza, el Asegurado se viera precisado a internarse en un Hospital, Clínica o Sanatorio, ya sea público o privado, para someterse a tratamiento médico o quirúrgico prescrito por un Médico, la Institución pagará, la renta diaria contratada, por el periodo que se encuentre hospitalizado y hasta por un periodo máximo de 30 (treinta) días naturales contados a partir del día siguiente a aquel en que se cumpla el Periodo de Carencia contratado.

**La Institución pagará la renta diaria contratada en los términos establecidos en el párrafo anterior, siempre y cuando dicha Hospitalización tenga una duración mayor al Periodo de Carencia contratado y especificado en la carátula de la Póliza y se presente después del Periodo de Carencia especificado en el mismo documento,**

Si la Póliza se da por terminada por falta de pago o a solicitud del Contratante, y el Asegurado se encuentra hospitalizado, se pagará la renta diaria hasta cumplir el período máximo de días de Hospitalización o hasta que el Asegurado sea dado de alta, lo que ocurra primero.

La responsabilidad de la Institución en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada por Vigencia de la Póliza.

#### **3.4.1 Edades de Aceptación**

De 18 a 64 años.

**3.4.2 Edad de Cancelación**

65 años.

**3.4.3 Periodo de Espera**

No Aplica

**3.4.4 Periodo de Carencia**

24 horas continuas e ininterrumpidas para el Beneficio de Hospitalización a causa de un Accidente.

**3.4.5 Periodo Máximo de la Cobertura**

Cobertura máxima de 30 rentas diarias.

**3.4.6 Cancelación de la Cobertura**

El presente Beneficio podrá cancelarse por las siguientes causas:

**a) A petición del Contratante**

El Beneficio será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Institución. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de la Institución, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

**b) Cancelación Automática**

Por falta de pago de la prima en los términos del Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

**3.4.7 Terminación del Beneficio**

Ese Beneficio terminará de manera automática:

a) En la fecha de vencimiento que se estipula en la carátula de la Póliza; o

b) Cuando se pague la Indemnización correspondiente.

**3.4.8 Reclamante Sustituto**

Cuando se demuestre fehacientemente mediante el aval de un dictamen médico, verificado por la Institución, que, por razones atribuibles a su condición de salud, el Asegurado no pudiese reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura de Hospitalización por Accidente, podrá actuar en su nombre y representación, la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

El Reclamante Sustituto deberá indicarse en la solicitud, o en caso de no haber sido designado, podrá ser el Beneficiario designado por el Asegurado. El único requisito es que al momento de la reclamación sea mayor de edad. El Asegurado en todo momento tendrá la opción de modificarlo y comunicar esta nueva designación a la Institución.

En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente, la Institución tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento. En caso de que no exista designación de Reclamante Sustituto ni

Beneficiario, el Asegurado deberá llevar a cabo la reclamación por sí o a través de representante legal.

Los efectos del Reclamante Sustituto son para realizar los trámites de Indemnización ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que, al efectuar el pago atribuible al Asegurado, al Reclamante sustituto, la Institución ha satisfecho la Indemnización procedente a ese reclamo en específico.

El Reclamante Sustituto una vez satisfecha su reclamación en los términos de la presente Póliza, extenderá a la Institución el recibo de finiquito correspondiente, que liberará a la Institución de cualquier obligación derivada de esta reclamación por el monto del pago efectuado.

### **3.4.9 Exclusiones**

**No se cubrirán los gastos e Indemnizaciones cuando la causa que dé origen al Evento se encuentre entre las listadas a continuación:**

- I. Eventos ocurridos fuera de la Vigencia de la Póliza.**
- II. Todos los eventos originados por cualquier Enfermedad o Padecimiento.**
- III. Hospitalizaciones relacionadas con:**
  - a. Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción y/o alcoholismo, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
  - b. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
  - c. Enfermedades, lesiones y/o Tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, así como sus complicaciones y secuelas.**
  - d. Actos delictivos intencionales, en que participe activamente el Asegurado y en los que exista evidencia fehaciente de dicha participación.**
  - e. Riña cuando el Asegurado sea el provocador o participe en alborotos populares.**

- f. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
  - g. **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo así como sus consecuencias, excepto si se demuestra que fue accidental.**
  - h. **Accidentes a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, o en caso de manejo de sustancias radioactivas.**
  - i. **Accidentes cardiovasculares o infartos.**
- IV. **Diagnósticos realizados por un Médico que tenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado con el Asegurado.**
  - V. **Tratamientos con fines preventivos.**
  - VI. **Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.**
  - VII. **Hospitalización ocurrida dentro del Periodo de Carencia.**

### **3.5 Asistencias**

La Institución, por conducto del prestador de servicios de asistencia (en adelante designado como "el Proveedor"), cuyos datos se indican en la carátula de la Póliza, otorgará al Asegurado los siguientes servicios dentro de la República Mexicana.

No obstante, lo anterior, en todo momento la Institución será responsable frente al Asegurado por la prestación de los servicios de asistencia aquí establecidos.

#### **3.5.1 Orientación Médica Telefónica**

A petición del Beneficiario, el Equipo Médico del Proveedor le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requieren la presencia de un Médico. Sin límite en el número de orientaciones. Acceso a través del número gratuito XX-800-XXXXXX.

#### **3.5.2 Pago y Envío de Ambulancia Terrestre**

Si el Beneficiario sufre un Accidente o Enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/ o adecuado. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, mediante ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso.

**NOTA:**



Este Beneficio se ofrece con un máximo de dos eventos por año y por Póliza, pero a partir del tercer evento en adelante, el costo correrá por cuenta del Beneficiario a precios preferenciales.

### 3.5.3 Referencia Médica

Se incluye concertación de cita con Médicos Generales o Especialistas (de todas las especialidades con Médicos del Proveedor) o en un centro hospitalario, en caso de Accidente y/o Enfermedad, todas las consultas del primer nivel de atención o del segundo nivel de Especialidad con un costo de \$400 pesos M. N.

## 4. Cláusulas Generales

### 4.1. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, tal como lo establece el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

### 4.2. Suicidio

**En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua de la Póliza, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Institución queda eximida el pago de la Indemnización correspondiente, quedando obligada solamente a devolver la reserva matemática que corresponda a la Póliza, este será el pago total que hará la Institución por concepto del seguro del expresado Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

### 4.3. Vigencia del Contrato

Las partes convienen expresamente que el periodo de Vigencia del Contrato de Seguro será el que se establezca en la Carátula de Póliza, tendiendo como límite máximo 1 (un) año.

### 4.4. Zona de Cobertura (Territorialidad)

Para efectos de este Contrato de Seguro, solamente estarán protegidos los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana, entendiéndose como tales aquellos que residan durante un lapso mínimo de 6 (seis) meses continuos en la República Mexicana.

El Contratante estará obligado notificar a la Institución el lugar de residencia del Asegurado, así como cualquier cambio de residencia del mismo.

**La Institución podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de Indemnización por Hospitalizaciones fuera del territorio nacional.**

### 4.5. Prima

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante, a favor de la Institución, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, según establezca la Carátula de la Póliza.

La Prima vence al inicio de Vigencia estipulado en la Carátula de la Póliza.

#### **4.6. Lugar de Pago**

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Institución; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del Contratante o el comprobante de pago del banco emisor.

#### **4.7. Periodo de Gracia**

El Contratante/ Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales para liquidar el total de la Prima o fracción de la misma, contados a partir de su vencimiento.

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado en el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de Siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Institución podrá deducir de la Indemnización, el total de la Prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

#### **4.8. Moneda**

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del Asegurado o de la Institución se harán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

#### **4.9. Edad**

Para efectos de este Contrato, se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión de la Póliza. Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas establecidas en el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, transcrito en el Anexo del presente Contrato.

#### **4.10. Siniestros**

La Institución tendrá derecho a exigir al Beneficiario o en su caso, al propio Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el Beneficiario o Asegurado deberán comprobar a la Institución la realización del Siniestro, y deberá presentar los documentos correspondientes debidamente requisitados que para tal efecto se le proporcionen, los informes médicos y estudios relacionados con el Evento Médico reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Institución sobre cualquier Accidente, en el transcurso de los primeros 5 (cinco) días hábiles siguientes de que éste ocurra, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Institución, tan pronto como desaparezca el impedimento.

La Institución quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación cuando:

- El Contratante o Asegurado obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Institución con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Institución sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula Prescripción de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## Comprobación del Siniestro

### 1) Fallecimiento

El o los Beneficiarios tendrán acción directa para cobrar a la Institución la Suma Asegurada que corresponda, previa comprobación del fallecimiento del Asegurado.

La Institución pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Enunciativa más no limitativamente, la documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el reclamante
- Documentación del Asegurado:
  - Original de la Póliza del Asegurado si lo tuviere.
  - Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
    - Acta de nacimiento (cuando no se hubiere requerido anteriormente);
    - Original de Acta de defunción y copia del certificado de defunción;
    - Copia de la Credencial de elector, del Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla del Servicio Militar Nacional, si lo tuviera.
  - Adicionalmente a los requisitos anteriores, deberá presentarse junto con la reclamación:
- Si el fallecimiento ocurre como consecuencia de una Enfermedad:
  - Historial Clínico completo, en caso de fallecimiento por alguna enfermedad, dentro de los primeros 12 (doce) meses de Asegurado;
- Respecto del Beneficiario(s) que solicita(n) la indemnización, original o copia certificada de:
  - Identificación Oficial con fotografía, domicilio, firma, vigente a la fecha de presentación;
  - Acta de matrimonio, en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge;
  - Acta de nacimiento;
  - Constancia de Clave Única del Registro de Población y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellos;
  - Copia del comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s) con antigüedad no mayor a tres meses;
- Adicionalmente a lo antes señalado, si el fallecimiento ocurre como consecuencia de un Accidente se requerirá:
  - Copia Certificada del Actuaciones completas ante el Ministerio Público, incluyendo Carpeta de Investigación y certificado del Médico forense.

**2) Invalidez Total y Permanente por Accidente**

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la Indemnización de este Beneficio es la siguiente:

- i. Documentación del Asegurado:
  - a. Original del Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado si lo tuviere.
- ii. Respecto al Asegurado del que se solicita la indemnización, original o copia certificada de:
- iii. Acta de nacimiento;
- iv. Original de Acta de defunción y copia del Certificado de defunción;
- v. Copia de la Credencial de elector o del Pasaporte.
- vi. Historial Clínico completo, del padecimiento que origina el estado de invalidez;
- vii. Forma MT-4 expedida por el I.M.S.S o su equivalente del I.S.S.S.T.E, o en su caso, dictamen de invalidez emitido por una institución médica o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
- viii. Copia del primer recibo de pago de del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E por la Invalidez.
- ix. En caso necesario, la Institución practicará los exámenes médicos que juzgue pertinentes.
- x. Si la invalidez ocurre como consecuencia de un accidente:
  - a. Copia certificada del Actuaciones completas ante el Ministerio Público.

**3) Hospitalización por Accidente**

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la Indemnización de este Beneficio es la siguiente::

- i. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
- ii. Copia de la carátula de Póliza o certificado individual o de la tarjeta de seguro si lo tuviera.
- iii. Solicitud de reclamación.
- iv. Informe médico, en donde se determine el diagnóstico definitivo, al plan terapéutico, fecha de ingreso y alta hospitalaria, en caso de Hospitalización, se deberá especificar la fecha y lugar en donde se llevó a cabo.
- v. Copia del comprobante de domicilio del Asegurado.
- vi. Actuaciones de ministerio público, en caso necesario.

**4.11. Prescripción**

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de seguro, prescribirán en cinco (5) años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos (2) años en los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, los plazos para la prescripción a que se refiere esta cláusula no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución haya tenido conocimiento del mismo, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberá demostrar que hasta entonces ignoraban el mismo.

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

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

#### 4.12. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Seguros Afirme o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el juez. 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 proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez, en caso de que el reclamante opte por demandar, podrá a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros, en términos de lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

#### 4.13. Beneficiarios.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado podrá en cualquier tiempo efectuar cambios en la designación de Beneficiarios mediante notificación a la Compañía por escrito, indicando el nombre del o los nuevos Beneficiarios. La Institución pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya hecho conocimiento, quedando así liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente Póliza, como lo previene el artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado debe designar Beneficiarios de forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los Beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Si habiendo nombrado varios Beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Si sólo se hubiese designado un Beneficiario y este muriese antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiese designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiese renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la Indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciere de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

**4.14. Interés Moratorio.**

En caso de mora, la Institución de seguros deberá pagar al Beneficiario una Indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas transcrito en el Anexo del presente Contrato.

**4.15. Agravación del riesgo.**

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

**4.16. Périda de derecho a ser Indemnizado**

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

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

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

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

**4.17. Comunicaciones.**

Todas las comunicaciones del Contratante o los Asegurados se enviarán por escrito directamente a la Institución en su domicilio social.

Las notificaciones que la Institución deba efectuar al Contratante, Asegurados o Beneficiarios, las realizará en el último domicilio que de ellos hayan registrado.

**4.18. Informe sobre Comisiones a Intermediarios.**

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

**4.19. Entrega de Documentación Contractual**

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante al momento de la contratación y de manera personal los documentos en los que consten los derechos y obligaciones derivados del Contrato de seguro, siendo estos de manera enunciativa, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares aplicables y en su caso, los Endosos correspondiente. No obstante, la Institución podrá entregar la documentación antes mencionada vía correo electrónico a la dirección electrónica proporcionada por el Contratante, siempre y cuando este último haya elegido dicho medio al momento de la contratación.

En caso de que la contratación y/o renovación de la presente Póliza se haya llevado a cabo a través de una persona moral no agente de seguros en los términos de la legislación aplicable, y el cobro de la Prima se realice con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la Institución, en un plazo máximo de 30 treinta días naturales posteriores a la fecha de contratación del seguro, le hará entrega al Asegurado o Contratante de la documentación relativa al Contrato de seguro celebrado y/o renovado; la entrega se hará en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería. Lo anterior en el entendido de que en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

En caso de renovación tácita del Contrato, ésta en ningún caso excederá de un año.

En caso de que el Asegurado o Contratante no reciba la documentación mencionada en el plazo a que se refiere la presente cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Institución, cuyos domicilios se indican en la página en Internet [www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com), o bien hacerlo del conocimiento de la Institución, a través de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), en cuyo caso la Institución deberá asegurar su recepción por parte del Asegurado, a través del mismo o de cualquier otro medio, incluyendo la entrega personalizada.

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE):** Av. Ocampo 220 pte. Zona Centro, C.P. 64000. Tel: (81) 83-18.38.00 ext. 23901, correo electrónico: [soluciones@afirme.com](mailto:soluciones@afirme.com).

**Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, tel. (55) 53.40.09.99, Correo [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) Página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

**“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 26 de abril de 2019, con el número CNSF-S0094-0191-2019.”**

**No. de Registro: CNSF-S0094-0191-2019/CONDUSEF-003752-01.**

**SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO**  
Ocampo 220 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México  
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Viernes de 8:30 a 18:00 horas | [www.afirmeseguros.com](http://www.afirmeseguros.com)