

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud
Colectivo

Moon



CONTENIDO

- I. DEFINICIONES
- II. CLAUSULAS GENERALES
- III. COBERTURA BÁSICA
- IV. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES
- V. CLAUSULAS GENERALES

I. DEFINICIONES

1. ACCIDENTE

Daño, trauma o lesión provocado de manera involuntaria por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que ocasiona daño(s) corporal(es) al asegurado.

2. ASEGURADO TITULAR

El asegurado nombrado por el contratante en la solicitud de seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

3. ASEGURADO

La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro, para quien se ha pagado la prima y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por Bupa. El término asegurado incluye al asegurado titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

4. ATENCIÓN CON MÉDICO DE PRIMER CONTACTO

Consultas con médicos de primer contacto enlistados para atender y dar seguimiento a la situación que el asegurado presente. El médico forma parte de los proveedores de servicio designados por Bupa y que es responsable del cuidado y atención médica del asegurado.

5. ATENCIÓN CON MÉDICO ESPECIALISTA

Consultas con los médicos especialistas enlistados para atender y dar seguimiento a la situación que el Asegurado presente. El médico especialista forma parte de los proveedores de servicio designados por Bupa y es responsable de la atención médica al Asegurado.

6. BENEFICIOS CUBIERTOS

Coberturas que aparecen como amparadas y se describen en las presentes condiciones generales.

7. BUPA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., una institución de seguros autorizada en México.

8. CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Documento que forma parte de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas, fecha de inicio de vigencia y fecha de fin de vigencia.

9. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Cualquier grupo de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

10. CONTRATANTE

La persona designada por el empleador para administrar la membresía de la colectividad. Esta persona es a quien Bupa dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a Bupa sobre cualquier cambio a la membresía en nombre de los Asegurados.

11. CONTRATO DE SEGURO

El presente contrato celebrado entre Bupa y el asegurado, bajo el cual Bupa se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al asegurado por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurra.

12. DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del asegurado titular cubierta bajo esta póliza y nombrada en la carátula de la póliza.

13. DIAGNÓSTICO

Proceso por medio del cual el médico identifica una enfermedad o padecimiento a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha enfermedad o padecimiento, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

14 ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

No se considerarán como enfermedad o padecimiento las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

15 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier Enfermedad o Padecimiento:

- (a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
- (b) Que en un expediente o informe médico se determine su existencia, signos o síntomas con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, y/o;
- (c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza, y/o;
- (d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

16. ERROR DE DIAGNÓSTICO

Para estos efectos se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente con alguno de los Proveedores de Servicios médicos y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en un hospital distinto al designado por Bupa.

17. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE E IMAGENOLOGÍA

Análisis necesarios para soportar la valoración del estado de salud del paciente, realizado por instituciones autorizadas para tal efecto, como son laboratorio y gabinete.

18. EVENTO O SERVICIO MÉDICO

Momento en que se brinda al Asegurado la atención médica por parte del Proveedores médico designado para el cuidado o restablecimiento de su salud.

19. FALTA DE DISPONIBILIDAD

Ausencia, insuficiencia o inaccesibilidad por más de dos semanas a los servicios médicos que afecte la continuidad del tratamiento y la calidad de atención al Asegurado.

20. FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza.

21. FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

22. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

23. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en la carátula de la póliza.

24. FECHA DE TERMINO DE VIGENCIA

Fecha en la que concluye la cobertura, tal como aparece en la carátula de la póliza

25. FOLLETO EXPLICATIVO

El documento que forma parte del Contrato de Seguro, en el que se describen las principales responsabilidades del Asegurado, conforme a lo que disponen las normas legales aplicables y las bases y políticas establecidas por Bupa, respecto de su Contrato de Seguro, así como los trámites que el Asegurado puede y los que no puede realizar por conducto de Bupa.

26. HOSPITAL

Toda aquella Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día. **No se considera hospital a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros similares.**

27. HOSPITALIZACIÓN

Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o padecimiento también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. **El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.**

28. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

29. MEDICAMENTO

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético, que tenga efecto terapéutico y/o preventivo, autorizadas para su uso por la Secretaría de Salud.

30. MÉDICAMENTE NECESARIO

El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por Bupa como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, padecimiento o lesión.

El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado, la familia del asegurado o el proveedor del servicio;
- (b) No es apropiado para el diagnóstico, tratamiento del asegurado;
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

31. MÉDICO O DOCTOR O ESPECIALISTA

Profesional médico que cumple con el aval de las autoridades de educación superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad, para el debido ejercicio de su profesión.

El Médico Especialista, adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante del posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

32. MXN

Notación oficial para referir de al peso mexicano, la moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos.

33. PACIENTE

Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital únicamente durante el día.

34. PAÍS DE NACIONALIDAD

El país que le ha otorgado nacionalidad al asegurado titular o contratante y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a Bupa por escrito

35. PANDEMIA

Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población durante un periodo de tiempo concreto y que es declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud.

36. PERÍODO DE GRACIA

El período de tiempo de 30 (treinta) días después de la fecha de vencimiento de la prima durante el cual Bupa permitirá que la póliza sea pagada.

37. PÓLIZA

Su contrato de seguro con Bupa, tal como está descrito en la Cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza.

38. PRIMA

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante y a favor de Bupa, la cual podrá ser anual o en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, según establezca la carátula de la Póliza, en el apartado, forma de pago.

39. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

Se refiere a la presentación de información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas; así como la omisión de la presentación de información verídica (ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados) en el trámite de un siniestro.

40. RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS EN CONVENIO

Hospitales, Médicos o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros) vinculados con Bupa por convenio para proporcionar al asegurado la atención médica que se encuentre cubierta por la póliza y que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

41. RENOVACIÓN

Cada aniversario de la fecha en que el asegurado fue incluido al Seguro de Salud.

42. SATURACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Sucede cuando la alta demanda de un servicio prestado por un proveedor médico supera la capacidad de respuesta, causando demoras de no más de dos semanas, reducción en la calidad del servicio y dificultades para acceder a la atención médica.

43. SIGNOS

Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento constatadas por el médico o doctor tratante.

44. SÍNTOMA

Referencia que da un asegurado al médico o doctor tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

45. SOLICITUD DE SEGURO

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, 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.

46. SUMA ASEGURADA

Monto en pesos mexicanos asignado por asegurado y por año póliza, sujeto a los límites estipulados en cada cobertura que se estipulan en la póliza., los gastos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, por los beneficios cubiertos bajo la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los servicios cubiertos ocurridos durante el mismo año póliza. Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por asegurado, por año póliza para los gastos incurridos por servicios cubiertos por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia.

47. TITULAR

La persona física a quien corresponden los datos personales.

48. TRATAMIENTO MÉDICO

Servicios médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una enfermedad o padecimiento o lesión con el objeto de que el asegurado recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

49. URGENCIA MÉDICA

Atención o servicios médicamente necesarios debido a una condición que se manifiesta por signos o síntomas agudos que requieren de una evaluación y/o tratamiento médico. Estas condiciones deben ser resueltas y atendidas en un lapso de menos de 24 (veinticuatro) horas pero no suponen un riesgo para la vida o integridad física del asegurado.

II. CLÁUSULAS GENERALES

PALABRAS EN NEGRITAS

Las palabras en **negrita** pueden tratarse de términos definidos cuyo significado puede consultar en la sección Definiciones de estas Condiciones Generales, o bien de exclusiones y limitaciones que son importantes para su cobertura.

1. SU PÓLIZA

1.1 Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., denominada en adelante “**Bupa**”, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, brindar atención médica a través del proveedor hospitalario designado por Bupa para preservar la salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor al Asegurado o sus Dependientes incluidos en la Póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este **contrato**.

Las definiciones incluidas en estas condiciones generales aplican para su Seguro de Salud.

1.2 Forman parte de este **contrato** y constituyen prueba de su celebración: la **póliza**, las condiciones generales, la **solicitud** del seguro, los endosos, **anexos** y el recibo de pago.

2. ELEGIBILIDAD

2.1 Esta póliza solamente puede ser contratada en la República Mexicana a conjuntos de personas que cumplan la definición de colectividad asegurable, señalada en esta póliza. No existe edad máxima para contratación ni renovación siempre que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad:

- a) Comprobar que han estado asegurados continua e ininterrumpidamente durante la vigencia inmediata anterior en la póliza del Contratante.
- b) Ser empleado activo o mantener un vínculo legal comprobable con el Contratante.

2.2 El **contratante** podrá adicionar **dependientes** a la **póliza**, los cuales estarán cubiertos desde la **fecha efectiva** que les corresponda. Los **dependientes** elegibles del **contratante** podrán ser: su cónyuge o concubina o descendientes en línea recta como son de forma enunciativa mas no limitativa los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros son elegibles los menores de edad para los cuales el **contratante** ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, los cuales deben ser identificados en la **solicitud** de seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**

La cobertura de esta **póliza** está disponible para los **dependientes** del **contratante**, diferentes de su cónyuge o concubina(o), hasta los 19 (diecinueve) años, si son solteros, o hasta los 23 (veintitrés) años 11 meses, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario** de la **póliza** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **dependientes** según sea el caso concreto.

3. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Para considerarse como colectividad asegurable, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- 1) Formar parte de un conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
- 2) Contar con un mínimo de 10 (diez) asegurados titulares.
- 3) Cumplir con lo establecido en la cláusula de elegibilidad en estas Condiciones generales.

4. SU COBERTURA

Bupa cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** pagando directamente al proveedor de servicios designado por Bupa.

Quedaran cubiertas las consultas previamente programadas para la atención con médicos de primer contacto y/o con especialistas, en donde se realizará una valoración del estado de salud del asegurado y coordinaran las acciones necesarias para atender y/o detectar oportunamente sus enfermedades.

Los servicios médicos serán brindados a través del proveedor designado por Bupa para que las coberturas sean procedentes de acuerdo a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

4.1 Agravación del Riesgo: Las obligaciones de **Bupa** cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 (cincuenta y dos), 53 (cincuenta y tres) fracción I y 55 (cincuenta y cinco) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de **Bupa** quedarán extinguidas si demuestra que el **asegurado**, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso 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 **Bupa**, si el(los) **contratante(s)**, **asegurado(s)** o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) 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 (ciento treinta y nueve) a 139 (ciento treinta y nueve) Quinquies, 193 (ciento noventa y tres) a 199 (ciento noventa y nueve), 400 (cuatrocientos) y 400 (cuatrocientos) 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 del ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, PARA LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **Bupa** 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.

Bupa 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.

5. PAGO DE PRIMAS

5.1 El **contratante** del seguro se obliga a pagar la prima del seguro determinada por **Bupa** de acuerdo con la tarifa vigente, debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la **fecha de inicio** de cada período de seguro. La prima de este **contrato** vence en el momento de la celebración del **contrato** y tratándose de **renovaciones**, al inicio de la nueva vigencia. **Bupa** podrá ajustar las primas una vez al año a la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

5.2 El **contratante** deberá pagar la prima y las cantidades adicionales relacionadas, así como el impuesto al valor agregado (IVA) a través de los medios de pago que **Bupa** ponga a disposición del **contratante** antes de la **fecha de vencimiento**.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y **Bupa** no garantiza la entrega de los mismos. Si el **contratante** no ha recibido un aviso de pago de prima 30 (treinta) días antes de la **fecha de vencimiento**, y no tiene conocimiento del monto del pago de su prima, el **contratante** deberá comunicarse con su intermediario, agente o directamente con **Bupa**.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del **contratante**. La prima debe ser pagada en la **fecha de vencimiento** o dentro del **período de gracia** establecido a continuación. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente de la misma en los casos de pago en parcialidades dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la **fecha de vencimiento (período de gracia)**, los efectos del **contrato** cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo.

5.3 El pago de la prima podrá hacerse únicamente mediante tarjeta de crédito o débito, depósito o transferencia electrónica

a la cuenta bancaria señalada en el recibo de primas expedido por **Bupa** o bien mediante cargo a tarjeta de crédito o débito. **Bupa** no autoriza a los agentes de seguros u otros intermediarios que intervienen en la contratación del seguro a recibir efectivo o títulos de crédito al portador.

De manera enunciativa más no limitativa, se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezcan dicho cargo, transferencia y/o depósito, harán prueba plena de cargo, hasta en tanto **Bupa** entregue el comprobante correspondiente.

6. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Bupa podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/ o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya donde se hayan manifestado signos, síntomas o tratamiento o con un diagnóstico elaborado por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Bupa 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 usuario-asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

Para efectos de preexistencia, no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, Bupa como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

En el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Bupa podrá analizar la posible aceptación del riesgo declarado a través de la contratación de coberturas adicionales con costo para el Asegurado.

7. SUBROGACIÓN

7.1 Bupa se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al **asegurado**. El **asegurado titular** y/o **contratante** tendrá la obligación de cooperar con **Bupa** para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a **Bupa** a considerar rescindido de pleno derecho el **contrato**. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el **asegurado** tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

En caso de que la subrogación sea procedente, el **asegurado titular** y/o **contratante** deberá proporcionar a **Bupa** cualquier apoyo que requiera para estar en posibilidad de realizar la reclamación correspondiente, tal y como (i) el proporcionar documentación relevante o cualquier prueba testimonial que se requiera, (ii) firmar cualquier documento(s) que se requiera(n), y (ii) someterse a los exámenes médicos que sean necesarios.

Bupa podrá ejercitar sus derechos para realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o con posterioridad de haber hecho cualquier pago al amparo de la **póliza**.

El **asegurado titular** y/o **contratante** se abstendrá de ejercer cualquier acción, conciliar o ejercitar cualquier acción que afecte de manera adversa los derechos de **Bupa** de subrogarse de conformidad con esta cláusula.

8. CÓMO HACER USO DE LA PÓLIZA

El **asegurado titular** y/o **contratante** podrá informar o asesorarse respecto la cobertura de su **póliza**, comunicándose con **Bupa** a través de los siguientes canales:

- a. Teléfonos
Desde Ciudad de México: 55 5202 1701
Sin costo desde el interior de la República: 800 326 3339 / 800 227 3339
- b. Servicio al cliente:
Por teléfono de lunes a viernes de 8am a 5pm y Sábado de 8am a 3pm o atencioncliente@bupa.com.mx

El asegurado deberá coordinar directamente la atención médica que requiera en el hospital designado previamente por Bupa a través de la App o asistiendo directamente al hospital.

El asegurado deberá de identificarse con el proveedor médico con una identificación oficial vigente y la credencial que lo identifique como asegurado.

Pago por Reembolso

Este producto no cubre pago por reembolso al tener como objetivo primordial el prestar el servicio descrito en las coberturas correspondientes, sin embargo y de conformidad a lo establecido en la fracción 15.9.2 de la Circular Única de Seguros, la Compañía podrá reembolsar el costo por los servicios previstos en la Póliza derivado de una urgencia médica teniendo como límite máximo el costo pactado con nuestros proveedores de servicios médicos solo en aquellos casos en los que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Para estos efectos se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente con alguno de los Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de los prestadores de servicios, por la misma urgencia médica.

No se realizará ningún pago directo o reembolso por servicios médicos ofrecidos en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

Para solicitar un reembolso se requiere el envío de la siguiente documentación al correo atencionsalud@bupa.com.mx en un formato legible para iniciar correctamente dicho trámite:

1. Formulario de reembolso y formulario de reclamación debidamente completado y firmado por el **asegurado titular** y/o **contratante**, dichos formatos serán proporcionados por Bupa.
2. **Estudios de laboratorio**, gabinete, patología y recetas que den sustento al diagnóstico.
3. Facturas emitidas a nombre del **asegurado titular**, del **contratante** o a nombre de Bupa México Compañía de Seguros
4. S.A. de C.V. según se detalla más adelante, indicando el nombre del **paciente** y desglose del servicio recibido (incluyendo PDF y XML).
5. **Solicitud** para pago con transferencia bancaria a la cuenta del **asegurado titular** o **contratante** debidamente completada y firmada, dicho formato será proporcionado por la compañía.
6. Identificación oficial del **titular** de la cuenta bancaria (INE o pasaporte vigente)
7. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses del **titular** de la cuenta sólo en caso de que la identificación oficial no muestre el domicilio o no sea el domicilio actual del **titular** de la cuenta.

Bupa podrá solicitar información y documentación adicional durante el proceso de acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que sea necesaria para determinar la procedencia del siniestro durante el proceso.

En caso de proceder el reembolso, aplicará de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos vigente y la forma de pago para el reembolso será vía transferencia electrónica a la cuenta bancaria señalada por el asegurado en territorio nacional y se efectuará en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la fecha de pago. Todo cargo por parte del banco receptor, tal como comisión por cambio de moneda u otros, es responsabilidad del receptor del pago.

8.1 En caso de que **Bupa**, no obstante haber recibido toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse a su satisfacción las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo y no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, dentro de los treinta (30) días siguientes a partir de dicha recepción, en los términos del Artículo 71 (setenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al **asegurado titular** y/o **contratante**, beneficiario, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 (doscientos setenta y seis) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

8.2 Esta **póliza** tiene cobertura únicamente en el territorio de la República Mexicana y en el hospital previamente designado por Bupa.

Queda excluida cualquier cobertura fuera del proveedor médico estipulado en las presentes condiciones generales.

9. RENOVACIÓN

9.1 Conforme a las disposiciones aplicables, **Bupa** no podrá negar la **renovación** de su **póliza** por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el asegurado titular y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarla, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

La **renovación** se realizará en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Bupa podrá informar por escrito o por medios electrónicos al **asegurado titular y/o contratante** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **póliza**, los valores de la prima aplicable a la misma.

10. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

10.1 En caso de que este **contrato** hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el **asegurado titular y/o contratante** podrá solicitar la rehabilitación de la **póliza**, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- (a) El **asegurado titular y/o contratante** lo soliciten por escrito a **Bupa**.
- (b) El (los) **asegurado(s)** cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad de **Bupa**.

Bupa comunicará por escrito al **asegurado titular y/o contratante** la aceptación y sus condiciones específicas en su caso o el rechazo de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso de 15 (quince) días contados a partir de la **solicitud** de rehabilitación; si pasado este lapso **Bupa** no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación.

En caso de aceptar la **solicitud** de rehabilitación, **Bupa** otorgará nuevamente cobertura a partir de la **fecha de inicio** de vigencia de la **póliza**.

11. CAMBIOS A SU PÓLIZA

11.1 Salvo lo expresamente estipulado en esta cláusula, únicamente el **asegurado titular y/o contratante** podrán solicitar la modificación y/o dar por terminado este **contrato** sin necesidad de obtener el previo consentimiento de los **dependientes**, en su caso. Este **contrato** se podrá cambiar o modificar a través de **endosos** previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11.2 Al igual que en la contratación inicial del seguro, en caso de que el **asegurado titular y/o contratante** quiera incluir un nuevo **dependiente** elegible a la **póliza**, el **asegurado titular y/o contratante** deberá presentar la **solicitud** de seguro correspondiente.

11.3 Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **contratante** únicamente podrá solicitar modificaciones a la presente **póliza** al momento de la **renovación**.

11.4 **Bupa** podrá hacer modificaciones a la **póliza** cuando se traten de cambios legales o regulatorios y dichos cambios se aplican a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro, los cuales serán previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo anterior se le notificará al **asegurado titular y/o contratante** por los medios de contacto proporcionados por el **contratante** o **asegurado titular** en la **solicitud** o posteriormente en caso de actualización o cambio.

12. CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

12.1 El **asegurado titular y/o contratante** deberá informar a **Bupa** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto incluyendo correo electrónico, dado que **Bupa** seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el **asegurado titular y/o contratante** notifique lo contrario.

13. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

13.1 Todas las acciones que se deriven de este **contrato** de seguro prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de **Bupa**.

13.2 Si el contenido de la **póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días siguientes al día en que reciba la **póliza**. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **póliza** o de sus modificaciones (Artículo 25 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** desee cancelar este **contrato** dentro de los 30 (treinta) días arriba indicados y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al **asegurado titular** y/o **contratante** el importe de la prima pagada más el impuesto respectivo, menos el costo administrativo generado para la emisión de la **póliza** y los impuestos que por dicho costo se hubieren causado, quedando la **póliza** nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

El importe respectivo, le será devuelto al Asegurado titular y/o contratante mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica, dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación del escrito de cancelación.

Dicha cancelación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **asegurado titular** y/o **contratante** a **Bupa**.

13.3 La **póliza** podrá ser cancelada o no renovada a petición del **asegurado titular** y/o **contratante** mediante aviso dado por escrito a **Bupa**, o bien, solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del **asegurado titular** y/o **contratante** se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

El importe respectivo, le será devuelto al asegurado titular y/o contratante mediante transferencia electrónica dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación de la solicitud de cancelación.

En este supuesto, la cancelación o no **renovación** de la **póliza** surtirá efecto en el momento que al **asegurado** le sea asignado el folio de cancelación y/o no **renovación**.

En caso de que el **asegurado titular** y/o **contratante** decida dar por terminado el **contrato** después de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la **póliza** o al fallecimiento del Asegurado, **Bupa** devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la **póliza** sin incluir derechos de **póliza** ni costo de Bupa Servicios de Evaluación Médica, más el impuesto proporcional a la cantidad devuelta.

El importe respectivo, le será devuelto al Asegurado titular y/o contratante mediante cheque para abono en cuenta o transferencia electrónica, dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a la presentación del escrito o solicitud de terminación.

Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del **asegurado titular** y/o **contratante** dirigido a **Bupa** o mediante el mismo medio por el cual fue contratada y en caso de haber recibido atenciones médicas procederá a partir del día siguiente de la misma.

Sin perjuicio del plazo de prescripción para las acciones que deriven del contrato de seguro de conformidad con lo establecido en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, con la terminación de la **póliza** terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización.

El **asegurado titular** y/o **contratante** no podrá dar en prenda o ceder sus derechos bajo este **contrato**.

Ningún **asegurado titular** y/o **contratante** será penalizado con la cancelación de su **póliza** debido a una mala experiencia de reclamaciones de la misma.

13.4 Si el **contratante**, **asegurado titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se deberá notificar a **Bupa** dicha

circunstancia dentro de los 30 (treinta) días siguientes a dicho fallecimiento.

Al fallecimiento del **asegurado titular** y/o **contratante**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **contratante** o **asegurado titular**, según corresponde, e incluir sus propios **dependientes**.

Si el **contratante** falleciera y ningún adulto **dependiente** ha solicitado convertirse en **contratante**, este **contrato** será cancelado, y si ninguna reclamación o **solicitud** para recibir **beneficios cubiertos** ha sido presentada, **Bupa** reembolsará la prima no devengada que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la **póliza**.

Si un **dependiente** fallece, su cobertura terminará, y en tanto ninguna reclamación o **solicitud** para recibir **beneficios cubiertos** a favor del **dependiente** haya sido realizada, **Bupa** reembolsará la prima no devengada correspondiente a dicho **dependiente** que se haya pagado dentro del período siguiente a la terminación de la cobertura.

13.5 Bupa está obligada a cumplir con las obligaciones y servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en la póliza respectiva dentro de la vigencia de la misma. Dicha obligación terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
- b) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- c) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato

14. NUESTRA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA CON RESPECTO A SU COBERTURA

14.1 El objetivo de **Bupa** bajo esta **póliza** es brindar atención médica a través del proveedor hospitalario designado, para cubrir al **asegurado y/o dependientes** con el fin de preservar su salud o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Este seguro tiene como objeto principal brindar atención médica con enfoque preventivo, así como restaurar la salud a través de los servicios médicos descritos en las coberturas amparadas por este contrato y mediante la realización de las siguientes acciones:

- Promoción para preservar la salud y estilos de vida saludables.
- Detección temprana de enfermedades crónicas.

Lo anterior, tendrá lugar siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de requerir el servicio.

14.2 Ningún agente de seguros o intermediario tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea pactado entre el **asegurado titular y/o contratante** y **Bupa** (las partes) y sea hecho constar por un **endoso** a la **póliza**.

14.3 Durante la vigencia de la **póliza**, el **asegurado titular** y/o **contratante** podrá solicitar por escrito a **Bupa** que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario por su intervención en la celebración de este **contrato**. **Bupa** proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la **solicitud**.

15. RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

El asegurado titular y/o contratante estará obligado a comunicarle por escrito a Bupa cualquier cambio de: nombre o domicilio, cobertura de seguro médico con otra compañía, defunción del asegurado titular y/o contratante y/o de cualquier dependiente.

El asegurado, y/o contratante también estará obligado a:

- (a) Proveer a Bupa toda la información disponible y necesaria para la tramitación, de las reclamaciones presentadas.
- (b) Presentar información verídica relacionada con el trámite de los siniestros, ya sean datos, documentos, pruebas sobre los hechos relacionados con el mismo;
- (c) Abstenerse de presentar información, documentos, pruebas o declaraciones falsas, inexactas y/o alteradas en el trámite de un siniestro, esto se considerará una reclamación fraudulenta.

El incumplimiento de lo anterior podrá facultar a Bupa para:

- (a) Negarse a pagar la totalidad de la reclamación y cualquier otra reclamación presentada desde la fecha de dicha reclamación;
- (b) Recuperar cualquier pago que se haya realizado con respecto a la reclamación y/u otras reclamaciones presentadas desde la fecha de detección de cualquier reclamación fraudulenta
- (c) Dar por terminado el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial y la liberará de la obligación de realizar cualquier pago al amparo de la póliza. Bupa se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier prestador de servicios médicos que atienda o haya atendido al asegurado por cualquier enfermedad o trastorno físico o psíquico. Bupa, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado quien otorga su autorización expresa para su revelación a Bupa para estos fines.

Bupa tiene el derecho, cuando corresponda, de verificar sus datos con agencias especializadas, y/u otras aseguradoras con el fin de prevenir y detectar información falsa. Siempre que, el asegurado y/o contratante proporcionen información falsa o inexacta, Bupa podrá registrarlo con una agencia especializada, y/u otras aseguradoras y podrá usar y buscar estos registros para ayudar a: tomar decisiones sobre los beneficios y los servicios relacionados con los beneficios de la póliza, tomar decisiones sobre otras propuestas de aseguramiento y reclamaciones, establecer su identidad y búsquedas adicionales.

16. QUEJAS

En caso de consulta o inconformidad con los servicios y productos contratados, el asegurado titular y/o contratante podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa, quien resolverá lo conducente otorgando respuesta formal dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a su recepción:

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México.

Teléfono: 55 5202 1701 / 800 227 3339

Correo electrónico: une@bupa.com.mx

Horario de lunes a jueves de 08:00 a 17:00 y viernes de 08:00 a 15:00 horas

O bien, el asegurado titular y/o contratante podrá acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100

Teléfono: 55 5340 0999 / (800) 999 80 80

Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx

Página web: www.gob.mx/condusef

- 16.1 En caso de que **Bupa** declare la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje médico.

Bupa acepta que, si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante el árbitro designado de común acuerdo entre las partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por **Bupa**.

17. COMPETENCIA

17.1 Las disposiciones de este **contrato** están sujetas a Leyes de la República Mexicana. 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.

17.2 En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza**, en razón del lenguaje, la versión en español tendrá preferencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

18. ENTREGA DE INFORMACIÓN

18.1 Bupa entregará al **asegurado titular** y/o **contratante** la siguiente información y documentación en los términos que más adelante se señalan:

- (a) El número de **póliza** que corresponda a su **solicitud** de contratación, para el caso de que se requiera realizar alguna aclaración;
- (b) El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- (c) La dirección de la página electrónica en Internet de Bupa, con la finalidad que se puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos.

Los datos antes señalados se encuentran en la **carátula** de **póliza**, condiciones generales, folleto explicativo y recibo de pago, documentos que se envían al **asegurado titular** y/o **contratante** con el paquete inicial al contratar la **póliza**, y también podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, siempre y cuando el **asegurado titular** y/o **contratante** haya elegido esta opción en la **solicitud** de seguro.

No obstante, lo anterior, las condiciones generales aplicables a esta **póliza** estarán disponibles para consulta y conocimiento dentro de <https://www.bupasalud.com.mx/productos> del **asegurado titular** y/o **contratante** previamente a su contratación. Queda expedito el derecho del **asegurado titular** y/o **contratante** para solicitar en cualquier momento a **Bupa**, un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto de seguro **Bupa**, recibos, **carátula** de **póliza** y **endosos** que correspondan a su **póliza**.

III. COBERTURAS BÁSICAS

Aspectos importantes que considerar con respecto a los **beneficios cubiertos** por su Seguro.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Todos los beneficios cubiertos deberán ser coordinados por el Asegurado directamente con el proveedor hospitalario designado por Bupa.

La cobertura máxima para todos los gastos cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento relativas a los **beneficios cubiertos** se entenderán como pesos mexicanos.

Bupa pagará directamente al proveedor de servicios médicos los **beneficios cubiertos** considerando el límite establecido en caso de aplicar.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele limitaciones o exclusiones particulares y generales. Favor de consultar la sección de Coberturas Básicas antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios a continuación descritos.

El presente producto opera sin copago en las coberturas.

Todos los beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

1. CONSULTAS MÉDICAS EXTERNAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ESPECIALISTAS

Bupa pagará los honorarios médicos por concepto de consulta con los **médicos de primer contacto o especialistas enlistados**, para:

- Recibir atenciones médicas preventivas
- Recibir atenciones médicas de diagnóstico
- Aplicación de vacunas

Las especialidades a las cuales el Asegurado tendrá acceso serán:

- a) General y/o Familiar
- b) Médico cirujano
- c) Médico internista
- d) Médico geriatra (Asegurados de 60 años en adelante)
- e) Pediatría (Asegurados de 0 hasta 14 años)
- f) Oncología
- g) Gastroenterólogo
- h) Urólogo
- i) Ginecólogo (Aseguradas de 15 años en adelante)
- j) Cardiólogo
- k) Traumatólogo y Ortopedia
- l) Neurólogo
- m) Otorrinolaringólogo
- n) Inmunólogo
- o) Neumólogo
- p) Dermatólogo
- q) Oftalmólogo
- r) Endocrinólogo
- s) Nefrólogo
- t) Hematólogo
- u) Proctólogo
- v) Reumatólogo

Esta cobertura será aplicable bajo las siguientes condiciones:

- 1. Solo se podrá solicitar una consulta al día por especialidad.
- 2. Cualquier asegurado vigente podrá acceder a estas consultas sin restricción de edad, salvo lo especificado para las especialidades de Geriatría, Pediatría y Ginecología.
- 3. El asegurado deberá agendar a través de la App o de manera presencial directamente con el médico que requiera dentro de las especialidades enlistadas anteriormente.
- 4. Los servicios serán proporcionados sin límite de eventos durante la vigencia de la póliza.

EXCLUSIONES PARTICULARES

- **Bajo esta cobertura no estarán cubiertos los procedimientos médicos que realice el Médico de Atención de Especialidad dentro del consultorio.**
- **Los tratamientos y/o medicamentos que sean prescritos por los médicos enlistados.**
- **El costo de cualquier vacuna.**

2. SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Bupa cubrirá los **estudios de laboratorio, gabinete e imagenología** necesarios para prevenir, diagnosticar, tratar y dar seguimiento al estado de salud del asegurado siempre que:

- a) Sean gestionados y atendidos en el hospital designado por Bupa.
- b) Se encuentren dentro del listado estipulado y publicado en la App.
- c) Sean prescritos por un médico de primer contacto o **especialista enlistados**
- d) Sean necesarios para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud inicial o posterior a un tratamiento médico manifestado durante la vigencia de esta póliza y que no se encuentre excluido en estas Condiciones Generales.

Esta cobertura será aplicable bajo las siguientes condiciones:

- 1. No se podrá solicitar el mismo estudio dos veces en un mismo día.
- 2. Los estudios de laboratorio, gabinete e imagenología solicitados serán procedentes solamente si fueron prescritos por un médico de acuerdo a las especialidades enlistadas en la cobertura 1. **CONSULTAS MÉDICAS EXTERNAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ESPECIALISTAS** de las presentes Condiciones Generales.
- 3. Cualquier asegurado vigente podrá acceder a los estudios enlistados de acuerdo a su edad y género sin costo.
- 4. No existe un límite de eventos al año, excepto para la mastografía (máximo 1(un) evento al año)

3. COBERTURA DE SALUD MENTAL

Bupa cubrirá los honorarios derivados de consultas con psicólogo al año, siempre que la misma se gestione y atienda directamente con el proveedor dentro del hospital designado por Bupa.

El beneficio máximo por año póliza será de 1 (una) consulta sin costo por Asegurado.

Si el Asegurado requiere atenciones subsecuentes no estarán cubiertas por la presente póliza. y el Asegurado deberá cubrir el costo convenido pagando al momento de recibir la atención.

Esta cobertura será aplicable bajo las siguientes condiciones:

1. El asegurado deberá agendar directamente con el proveedor dentro del hospital designado por Bupa.
2. Cualquier asegurado vigente podrá acceder a estas consultas sin restricción de edad.
3. El costo convenido será de \$700.00 (setecientos pesos 00/100 M.N.) para las consultas subsecuentes en caso de ser necesarias.

EXCLUSIONES PARTICULARES

- Consultas subsecuentes que rebasen el número de consultas máximo establecido para la cobertura.
- Cualquier tratamiento y/o medicamento derivado de la consulta.

IV. EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

Las exclusiones de esta sección aplican en conjunto con las exclusiones que se mencionan en estas Condiciones Generales.

Los títulos incluidos a continuación no presuponen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión enunciada. En caso de duda, siempre se deberá de remitir al texto integro de las presentes Condiciones Generales.

Esta póliza no cubre los servicios de atención médica que el asegurado reciba por estudios, procedimientos médicos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, por los siguientes conceptos:

1. Embarazo, parto, cesárea, o algún otro servicio que tenga relación con esta atención, excepto las consultas y estudios de laboratorio y gabinete que se deriven de la propia consulta.
2. Quedan excluidos los legrados uterinos, aborto, pérdida voluntariamente inducida, así como sus consecuencias, cualesquiera que sean sus causas.
3. Cobertura del recién nacido.
4. Los gastos de cirugía ambulatoria, así como los honorarios médicos derivados del mismo.
5. Honorarios médicos a consecuencia de cualquier intervención quirúrgica
6. Servicios de Hospitalización, así como los honorarios derivados del mismo.
7. Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos a consecuencia de éstos.
8. Anteojos, lentes de contacto, y lentes intraoculares.
9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir trastornos de refracción ocular.
10. Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.
11. Terapia de lenguaje de cualquier tipo.
12. Medicamentos.
13. Estudios de laboratorio o estudios de gabinete no considerados en el listado.
14. Complementos alimenticios.

15. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
16. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
17. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.
18. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.
19. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos naturistas, homeópatas y vegetarianos.
20. Diagnóstico y/ o tratamientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.
21. Cualquier atención o servicio médico posterior a que el Asegurado cuente con un diagnóstico.
22. Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.
23. Cualquier tipo de Tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.
24. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desordenes cráneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
25. Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.
26. Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.
27. Tratamientos para corregir o controlar Acné.
28. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquellas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
29. Prótesis y Endoprótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos.
30. Tratamientos Psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, salvo lo indicado en la cobertura de salud mental.
31. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial
32. Artículos de curación, tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas, protectores solares, artículos dentales (pastas, cepillos, enjuagues y geles orales), cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.
33. Equipo de riñón artificial para uso residencial.
34. Todos los gastos por transporte médicos, ambulancia terrestre y/o aérea.
35. Atención médica en el extranjero.
36. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
37. Gastos por servicios por la atención médica que excedan de la suma asegurada.

Esta póliza no cubre gastos por servicios de salud en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:

38. Prestar servicio militar o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección.
39. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento de éste.
40. Hechos o actos vinculados con la calidad que el Asegurado tenga como miembro del ejército o de otras fuerzas armadas, de cualquier país u organización de países.

41. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
42. Práctica profesional de cualquier deporte o práctica de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados “extremos”, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional.
43. Intentos de suicidio, o lesiones auto infligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
44. Epidemias declaradas oficialmente
45. Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.
46. Vacunas

V. AVISO DE PRIVACIDAD

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (“Bupa México”) con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México en su carácter de Responsable, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable (“LFPDPPP”). Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupasalud.com.mx. Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Bupa México ubicada en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México, teléfono 55 5202 1701, correo electrónico une@bupa.com.mx en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o 800 999 8080 desde el Interior de la República, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef

VI. ANEXO DE LOS ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante **endosos** adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El **contrato** o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el **contratante, asegurado** o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

ARTÍCULO 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

- 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.

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

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

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

monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

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

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

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

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

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

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

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

LEY 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 y 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 aclarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero **Asegurado** o de su intermediario.

Artículo 25.- Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la

rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones.

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

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

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

- II) La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III) En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;
- IV) La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.
- V) La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI) La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.
- VII) En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.
La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;
La **solicitud** se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.
- VIII) En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX) La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X) Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.
En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la **suma asegurada** y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.
Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.
- XI) Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

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

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

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

A quien utilice aeronaves pilotadas a distancia para cometer las conductas previstas en la fracción I del párrafo primero del presente artículo, se aumentará hasta en un tercio la pena establecida.

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

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

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

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

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

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia. Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor **lesión** o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o partícipe del hecho o la reincidencia en su caso. Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones

o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción. Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41.

Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

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

- I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud; Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos. El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.
- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito. Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.
- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y
- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior. Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento. Cuando el inculcado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa. El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

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

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

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

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo.

En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
- IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
- V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
- VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
- VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

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

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

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de **médico** legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada.

Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa.

Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad. Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años. Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior. Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión. Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos. La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada

con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

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

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

- I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;
- II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;
- III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;
- IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;
- V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
- VII. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
- VIII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculcado se sustraiga a la acción de la justicia. No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:
 - (a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
 - (b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
 - (c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio. El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

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

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita. Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

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

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los

mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, PARA LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

Trigésima Novena. Para efectos de determinar aquellas Operaciones que sean Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán considerar, entre otras, las siguientes circunstancias, con independencia de que se presenten en forma aislada o conjunta:

- I. Las condiciones específicas de cada uno de los Clientes, como son, entre otras, sus antecedentes, el Grado de Riesgo en que lo haya clasificado, así como su ocupación, profesión, actividad, giro del negocio u objeto social correspondiente.
 - II. Los tipos, montos, frecuencia y naturaleza de las Operaciones que comúnmente realicen sus Clientes, la relación que guarden con los antecedentes y la actividad económica conocida de ellos.
 - III. Los montos inusualmente elevados, la complejidad y las modalidades no habituales de las Operaciones que realicen los Clientes.
 - IV. Las Operaciones realizadas por un mismo Cliente, siempre que las mismas no correspondan a su perfil transaccional o que se pueda inferir que se fraccionan para evitar ser detectadas por las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros para efectos de estas Disposiciones.
 - V. Los usos y prácticas de seguros, fianzas, fiduciarias y mercantiles en general o que priven en la plaza en que operen.
 - VI. Cuando los Clientes se nieguen a proporcionar los datos o documentos de identificación, correspondientes señalados en los supuestos previstos al efecto en las presentes Disposiciones, o cuando se detecte que presentan información que pudiera ser apócrifa o datos que pudieran ser falsos.
 - VII. Cuando los Clientes intenten sobornar, persuadir o intimidar al personal de las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros, con el propósito de lograr su cooperación para realizar actividades u Operaciones Inusuales o se contravengan las presentes Disposiciones, otras normas legales o las políticas, criterios, medidas y procedimientos de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros en la materia.
 - VIII. Cuando los Clientes pretendan evadir los parámetros con que cuentan las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros para reportar las Operaciones a que se refieren las presentes Disposiciones.
 - IX. Cuando se presenten indicios o hechos extraordinarios respecto de los cuales la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros no cuente con una explicación, que den lugar a cualquier tipo de suspicacia sobre el origen, manejo o destino de los recursos utilizados en las Operaciones respectivas, o cuando existan sospechas de que dichos indicios o hechos pudieran estar relacionados con actos, omisiones u Operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis y 400 Bis del Código Penal Federal.
 - X. Cuando las Operaciones que los Clientes pretendan realizar involucren países o jurisdicciones:
 - a) Que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.
 - b) Que, a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones, o bien, cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.
- Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, la Secretaría pondrá a disposición de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a través de medios de consulta en la red mundial denominada Internet, la lista de los países y jurisdicciones que se ubiquen en los supuestos señalados en dicho párrafo.
- XI. Cuando se presuma o existan dudas de que un Cliente opera en beneficio, por encargo o a cuenta de un tercero, sin que lo haya declarado a la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, de acuerdo con lo señalado en las presentes Disposiciones; o bien, la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros no se convenza de lo contrario, a pesar de la información que le proporcione el Cliente a que se refiere el primer párrafo de la Trigésima Cuarta de estas Disposiciones.
 - XII. Las condiciones bajo las cuales operan otros Clientes que hayan señalado dedicarse a la misma actividad, profesión o giro mercantil, o tener el mismo objeto social.
 - XIII. El tipo de riesgo que se constituye como base del contrato de seguro del Cliente, la realización del riesgo, o la liquidación del siniestro cubierto por dicho contrato.
 - XIV. Las diversas Operaciones correspondientes a primas excedentes, aportaciones adicionales, montos o cualquier otro similar a seguros con componentes de ahorro de inversión, que sumadas sean iguales o excedan el equivalente a siete mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América, dentro de un mes calendario.
 - XV. La solicitud de una póliza por parte de una persona que desea tener el carácter de Cliente, desde una plaza distinta, donde una póliza similar puede ser conseguida.
 - XVI. La terminación o cancelación anticipada de un contrato u Operación, especialmente si ello ocasiona una pérdida y si la devolución del dinero es solicitada en efectivo o a nombre de un tercero.
 - XVII. La transferencia del beneficio de una póliza a una tercera persona aparentemente no relacionada.
 - XVIII. El intento de usar un cheque emitido por una tercera persona para adquirir una póliza.
 - XIX. Cuando una persona que desea tener el carácter de Cliente muestra poco interés por el costo de la póliza, pero mucho más interés en la terminación anticipada del Contrato.
 - XX. Cuando el Cliente se niegue a proveer la información y documentación requerida para celebrar una Operación, proveyendo información mínima, ficticia o que les es muy difícil verificar.
 - XXI. Los Clientes cambian inesperadamente de giro o actividad económica, sobre todo migrando a actividades de comercio internacional o de cultivo de la tierra.

XXII. Los depósitos de prendas recibidos como contra garantías de una persona física como el fiado, el contratante o sus obligados solidarios, al emitir una fianza o certificado de caución y se solicita que a la cancelación de la misma, ésta se devuelva o entregue a un tercero ajeno a la operación garantizada.

XXIII. La dación en pago con inmuebles y automóviles.

XXIV. El establecimiento de garantías de Operaciones simuladas, que implican transferencias de recursos de una empresa a otra, los cuales son entregados en administración a la Institución, pero nunca se perfeccionan las Operaciones ni se reclaman las fianzas o los certificados de caución.

XXV. Las reclamaciones de personas físicas o morales que manejan preponderantemente efectivo y que al solicitarles que reembolsen a la Institución las cantidades pagadas por cuenta de ellos, entregan como dación en pago bienes inmuebles rurales, hoteles, bares o similares, construidos o adquiridos probablemente en efectivo, o ciertos bienes muebles como automóviles.

XXVI. Las reclamaciones en las que como contra garantía o reembolso se reciben prendas en efectivo depositadas en diferentes momentos o por diferentes personas que no se ubicaron en los supuestos para ser reportadas como Operaciones relevantes y que se solicitó que se devolviera a una tercera persona, distinta del depositante.

XXVII. Las Operaciones realizadas por un mismo Cliente con moneda extranjera, cheques de viajero, cheques de caja y monedas acuñadas en platino, oro y plata, por montos múltiples o fraccionados que, por cada Operación individual, sean iguales o superen el equivalente a quinientos dólares de los Estados Unidos de América, realizadas en un mismo mes calendario que sumen, al menos, la cantidad de siete mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en la moneda de que se trate, siempre que las mismas no correspondan al perfil transaccional del Cliente o que, respecto de aquellas realizadas por un mismo Cliente, se pueda inferir de su estructuración una posible intención de fraccionar las Operaciones para evitar ser detectadas por las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros para efectos de estas Disposiciones.

XXVIII. Cuando se hayan realizado o se pretendan realizar Operaciones por parte de Clientes que se encuentren dentro de la lista que para tales efectos emita la Secretaría bajo el rubro de "Lista de Personas Bloqueadas".

Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá prever en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento, los mecanismos con base en los cuales deban examinarse los antecedentes y propósitos de aquellas Operaciones que deban ser presentadas al Comité para efectos de su dictaminación como Operaciones Inusuales, conforme a las presentes Disposiciones.

Los resultados del examen arriba señalado deberán constar por escrito y quedarán a disposición de la Secretaría y la Comisión, por lo menos durante diez años contados a partir de la celebración de la reunión del Comité en que se hayan presentado tales resultados.

Para facilitar el proceso de identificación de Operaciones Inusuales, la Secretaría deberá asesorar regularmente a las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros y proporcionar guías, información y tipologías que permitan detectar Operaciones que deban reportarse conforme a las presentes Disposiciones.

En el proceso de determinación de las Operaciones Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán apoyarse en su Manual de Cumplimiento, así como cualquier otro documento o manual elaborado por las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas y, además de esto, considerar las guías elaboradas por la Secretaría, así como por organismos internacionales y agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención y combate de operaciones con recursos de procedencia ilícita y de financiamiento al terrorismo, de los que México sea miembro, que dicha Secretaría proporcione.

Cuadragésima Cuarta. Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá contar con un órgano colegiado que se denominará "Comité de Comunicación y Control" y que tendrá, cuando menos, las siguientes funciones y obligaciones:

I. Someter a la aprobación del comité de auditoría de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, el Manual de Cumplimiento, así como cualquier modificación al mismo.

II. Aprobar la Metodología de Evaluación de Riesgos a que se refiere el Capítulo III de las presentes Disposiciones, debiendo informar de ello al consejo de administración, de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros.

III. Presentar al consejo de administración de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, los resultados de la implementación de la metodología elaborada e implementada para llevar a cabo la evaluación de Riesgos a la que hace referencia el Capítulo III anterior.

IV. Conocer los resultados obtenidos por el área de auditoría interna de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros o por auditor externo independiente respecto de la valoración de la eficacia de las políticas, criterios, medidas y procedimientos contenidos en el Manual de Cumplimiento, a efecto de adoptar las acciones necesarias tendientes a corregir fallas, deficiencias u omisiones. El auditor externo referido es el previsto en la Disposición Sexagésima Segunda.

V. Conocer de aquellos Clientes que por sus características sean clasificados con un Grado de Riesgo alto para la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, de acuerdo con los informes que al efecto le presente el Oficial de Cumplimiento y, en su caso formular las recomendaciones que estime procedentes.

VI. Establecer y difundir los criterios para la clasificación de los Clientes, en función de su Grado de Riesgo, de conformidad con lo señalado en la Disposición Vigésima Octava.

VII. Asegurarse que los sistemas automatizados de las Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, contengan las listas:

a) De países o jurisdicciones que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.

b) De países o jurisdicciones, que a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o de financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones o bien cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

c) Que bajo el rubro de "Lista de Personas Bloqueadas", proporcione la Secretaría.

- d) De Personas Políticamente Expuestas que las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deben elaborar, conforme a la Disposición Septuagésima Séptima.
- VIII. Dictaminar las Operaciones que deban ser reportadas a la Secretaría, por conducto de la Comisión, como Operaciones Inusuales u Operaciones Internas Preocupantes, en los términos establecidos en las presentes Disposiciones.
- IX. Aprobar los programas de capacitación para el personal de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, en materia de prevención, detección y reporte de actos, omisiones u Operaciones que pudiesen actualizar los supuesto previstos en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal.
- X. Informar al área competente de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, respecto de conductas realizadas por sus directivos, funcionarios, empleados o apoderados, que provoquen que éstas incurran en infracción a lo previsto en las presentes Disposiciones, o en los casos en que las personas señaladas contravengan lo previsto en las políticas, criterios, medidas y procedimientos previstos en el Manual de Cumplimiento, con objeto de que se impongan las medidas disciplinarias correspondientes.
- XI. Determinar en el último trimestre de cada año, si durante el siguiente ejercicio se aplicarán los esquemas señalados en la Disposición Séptima.
- XII. Resolver los demás asuntos que se sometan a su consideración, relacionados con la aplicación de las presentes Disposiciones.
- XIII. Asegurarse de que la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, para el cumplimiento de las presentes Disposiciones, cuente con las estructuras internas a que se refiere este Capítulo, en cuanto a organización, número de personas, recursos materiales y tecnológicos, de acuerdo con los resultados de la implementación de la metodología a que se refiere el Capítulo III de las presentes Disposiciones.
- XIV. Asegurarse de que la clave referida en la Disposición Octogésima sea solicitada y se mantenga actualizada a nombre del Oficial de Cumplimiento u Oficial de Cumplimiento que sea designado como interino, según corresponda.
- Cada Institución y Sociedad Mutualista de Seguros deberá establecer en el Manual de Cumplimiento, o en algún otro documento o manual que elaboren, los mecanismos, procesos, plazos y momentos, según sea el caso, que se deberán observar en el desempeño de las funciones indicadas en esta Disposición.
- Cuadragésima Quinta. El Comité de las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberá estar integrado de la siguiente manera:
- I. El número de miembros no podrá ser inferior a tres.
 - II. Los miembros deberán ocupar la titularidad de las áreas que designe el consejo de administración de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros.
 - III. Los miembros deberán, al menos, en la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros o en las entidades señaladas en el último párrafo de esta Disposición, ocupar el cargo de director general, o bien cargos dentro de las tres jerarquías inmediatas inferiores a la de aquél. También podrán ser miembros los consejeros de estas entidades.
 - IV. El auditor interno o personas adscritas al área de auditoría, no formarán parte del Comité.
 - V. Los miembros propietarios del Comité deberán asistir a las sesiones del mismo y podrán designar a sus respectivos suplentes, quienes únicamente podrán representarlos en dos sesiones no continuas por semestre. Los suplentes deberán cumplir con los mismos requisitos que los propietarios.
 - VI. El Comité contará con un presidente y un secretario, que serán designados de entre sus miembros.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros no se encontrarán obligadas a constituir y mantener el Comité a que se refiere esta Disposición cuando cuenten con menos de veinticinco personas a su servicio, ya sea que éstas realicen funciones para las mismas de manera directa o a través de empresas de servicios complementarios.

En el supuesto previsto en el párrafo anterior, las funciones y obligaciones que deban corresponder al Comité serán ejercidas por el Oficial de Cumplimiento, excepto la prevista en la fracción XIII de la Disposición Cuadragésima Cuarta de las presentes disposiciones, que corresponderá al Director General o equivalente de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros.

También podrán conformar y mantener el Comité con integrantes de los comités de comunicación y control de las entidades financieras que formen parte del grupo financiero al que pertenece la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros; de la entidad financiera que tenga el Control de la misma, o de alguna entidad que tenga accionistas comunes que Controlen a ambas entidades. Invariablemente, los miembros deberán ser designados por el consejo de administración de la Institución o Sociedad Mutualista de Seguros y el Comité constituirse conforme a lo señalado en esta Disposición.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán acreditar que los funcionarios designados por el consejo de administración para integrar el Comité de que se trata, se encuentren dentro de las tres jerarquías inmediatas inferiores a la del Director General.

Septuagésima Séptima. La Secretaría, después de escuchar la opinión de la Comisión, dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de manera enunciativa, la lista de cargos públicos que serán considerados como Personas Políticamente Expuestas nacionales y la pondrá a disposición de las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a través de su portal en la red mundial denominada Internet.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros elaborarán sus propias listas de personas que pudiesen ser considerados como Personas Políticamente Expuestas, tomando como base la lista a que hace referencia el párrafo anterior.

Asimismo, la Secretaría dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros las listas oficialmente reconocidas que emitan organismos internacionales o autoridades de otros países, de personas bloqueadas por estar vinculadas con el terrorismo o su financiamiento, o con otras actividades ilegales.

o su financiamiento, o con otras actividades ilegales.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 6 de agosto del 2025, con el número CNSF-H0719-0051-2025 / CONDUSEF-006964-01.

