



Seguros CENTAURO Salud Especializada S.A de C.V.
Insurgentes Sur 1871-401, Colonia Guadalupe Inn
Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01020 Ciudad de México.
Teléfono: 55 5596-3540 Sin costo 800-800-8040 o al 800-265-2000.

CONDICIONES GENERALES
VISION PLAN PLUS V
SALUD COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

VISIÓN PLAN PLUS V

CONTENIDO

CAPÍTULO I. DEFINICIONES.....	3
CAPÍTULO II. COBERTURA.....	6
CLÁUSULA PRIMERA. - Objeto	
CLÁUSULA SEGUNDA. - Tratamientos Cubiertos	
CLÁUSULA TERCERA. - Exclusiones	
CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES.....	8
CLÁUSULA PRIMERA. - Participación del Asegurado en una Reclamación	
CLÁUSULA SEGUNDA. - Sistemas de Pago de Reclamaciones	
CLÁUSULA TERCERA. - Cuantía de la Indemnización	
CLÁUSULA CUARTA. - Período de Beneficio	
CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES.....	11
PRIMERA. - Contrato	
SEGUNDA. - Omisiones o Inexactas Declaraciones	
TERCERA. - Rectificación de la Póliza	
CUARTA. - Modificaciones al Contrato	
QUINTA. - Edad	
SEXTA. - Residencia	
SÉPTIMA. - Moneda	
OCTAVA. - Primas	
NOVENA. - Período de Gracia	
DÉCIMA. - Rehabilitación	
DÉCIMA PRIMERA. - Altas de Asegurados	
DÉCIMA SEGUNDA. - Bajas de Asegurados	
DÉCIMA TERCERA. - Renovación	
DÉCIMA CUARTA. - Responsabilidad de la Institución	
DÉCIMA QUINTA. - Cambio de Contratante	
DÉCIMA SEXTA. - Interés Moratorio	
DÉCIMA SÉPTIMA. - Prescripción	
DÉCIMA OCTAVA. - Competencia	
DÉCIMA NOVENA. - Comisiones a Intermediarios	
VIGÉSIMA. - Notificaciones	
VIGÉSIMA PRIMERA. - Vigencia	
VIGÉSIMA SEGUNDA. - Terminación del Contrato	
VIGÉSIMA TERCERA. - Derechos de los Pacientes	
Glosario de Preceptos Legales	

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

Son aplicables de acuerdo a las condiciones estipuladas en esta póliza y para su debida interpretación, las definiciones siguientes:

1. **ACCIDENTE:** Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado y que requiere atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen.
2. **SEGURADO:** Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza, designándose indistintamente bajo este término tanto al Asegurado Principal como a los Dependientes Económicos que cumplan con la definición contenida en el presente capítulo.
3. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Persona física residente en territorio de los Estados Unidos Mexicanos, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes Económicos y de su propia persona, en cuya previsión y cobertura se expide la póliza correspondiente.
4. **CARÁTULA DE LA PÓLIZA:** Documento que contiene las especificaciones bajo las cuales debe operar este Contrato, en donde se estipulan los datos del Contratante, Asegurado(s), los correspondientes a las coberturas contratadas, suma asegurada.
5. **CENTAURO:** Seguros Centauro Salud Especializada, S.A. de C.V., Institución de Seguros Especializada en Salud, quien otorga las coberturas contratadas y que será responsable del pago de los tratamientos estipulados en la póliza.
6. **COLECTIVIDAD ASEGURABLE.** Es el 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 debiendo participar un mínimo de 10 asegurados titulares, los cuales representen al menos el 75% de la Colectividad.
7. **CONSULTA OFTALMÓLOGICA:** Entrevista entre el paciente y el oftalmólogo a fin de lograr un diagnóstico y, en su caso, un tratamiento que se indica con la historia clínica y el examen físico pertinente, para la prevención, recuperación o mantenimiento de la salud visual.
8. **CONTRATANTE:** Es la persona física o moral que suscribe con CENTAURO una póliza de seguro. Es responsable ante CENTAURO de pagar la prima

correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro. Para efectos del presente contrato, el Contratante y el Asegurado podrán ser la misma persona.

- 9. CREDENCIAL:** Documento de Identificación de cada miembro de la Colectividad Asegurada, que lo acreditará ante la Red de Ópticas como Asegurado de la presente póliza
- 10. DEDUCIBLE:** Cantidad a cargo del Asegurado especificada en la carátula, en el certificado individual de esta póliza, que se debe pagar una sola vez por periodo de vigencia de la póliza y se aplica en la primera reclamación.
- 11. DEPENDIENTES ECONÓMICOS:** Siempre que hayan sido aceptados por CENTAURO, haciéndolo constar por escrito en la póliza, serán considerados Dependientes del Asegurado:
- i. El Cónyuge, que para efectos de esta póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado Principal hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
 - ii. Los hijos del Asegurado Principal que dependan económicamente del mismo.
 - iii. Los padres del Asegurado Principal, siempre y cuando dependan económicamente del mismo.
- 12. ENFERMEDAD:** Toda alteración en la salud del Asegurado, debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.
- 13. EVENTO:** Cada uno de los tratamientos por accidente o enfermedad, amparados por esta póliza.
- 14. EXCLUSIONES:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la póliza y que se encuentren expresamente indicadas en estas condiciones generales.
- 15. GASTOS CUBIERTOS:** Erogaciones en las que incurra el Asegurado para la atención de los TRATAMIENTOS que se describen en el Capítulo II, siempre que hayan sido originados dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y el Asegurado se encuentre dentro del período de cobertura al momento de iniciar el tratamiento.
- 16. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA):** Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado entre los Prestadores de Servicios de la Red y

CENTAURO. El GUA se encuentra disponible para su consulta en la página de internet <http://www.centauro.com.mx/>

17. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:

Lesión o enfermedad cuyo inicio tuvo lugar en fecha anterior al inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la cobertura para cada Asegurado y de las anteriores de las que constituya renovación, y cuya existencia se compruebe mediante la existencia de un resumen médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un oftalmólogo con cédula profesional o mediante pruebas de gabinete o de cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Asimismo, se considera que un padecimiento es preexistente cuando previamente a la celebración del contrato, el Asegurado hubiere hecho gastos comprobables documentadamente para recibir el tratamiento oftalmológico de que se trate.

Para efectos de Preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

18. PAGO DIRECTO: Sistema de pago mediante el cual CENTAURO liquida directamente al prestador de servicios los gastos generados por el Asegurado, como consecuencia de un evento.

19. PÓLIZA DE SEGURO: Documento que instrumenta el contrato de seguro y que contiene las normas que de forma general y particular regulan las relaciones contractuales convenidas entre CENTAURO y el Asegurado y/o Contratante y del cual forman parte las condiciones generales, la póliza, la solicitud del seguro, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y CENTAURO, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

20. REEMBOLSO: Sistema de pago de gastos, erogados previamente por el Asegurado, a consecuencia de un evento.

21. RED DE ÓPTICAS O RED: Se integra por la Ópticas que prestan los servicios amparados por la póliza en virtud del convenio que tienen con La Institución y coordinados por ella.

22. SUMA ASEGURADA: Cantidad máxima de responsabilidad de CENTAURO, por Asegurado, a consecuencia de cada evento. La Suma Asegurada considerada para el presente producto es la indicada en la Cláusula Segunda del Capítulo II que describe los importes máximos considerados para la cobertura de este producto.

CAPÍTULO II. COBERTURA

PRIMERA. - OBJETO.

CENTAURO se obliga a prestar al Asegurado, los tratamientos oftalmológicos encaminados a prevenir, mantener y restaurar su salud visual, de acuerdo con las condiciones y límites establecidos en las presentes Condiciones Generales, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de los Estados Unidos Mexicanos y la póliza se encuentre vigente al inicio de dichos tratamientos.

SEGUNDA. - TRATAMIENTOS CUBIERTOS.

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado incurre en gastos por tratamientos recibidos para la recuperación de su salud visual, “**CENTAURO**” cubrirá el costo de los mismos de acuerdo con las condiciones y límites estipulados a continuación:

Estarán cubiertos:

1. Consulta oftalmológica (**hasta el límite estipulada para este tratamiento de acuerdo a la cobertura elegida, es decir, “dotación de anteojos” o “lentes de contacto”**)
2. Examen optométrico
3. Prescripción
4. Dotación de anteojos o lentes de contacto
 - Anteojos
 - Nivel del Armazón: Hasta la suma asegurada de acuerdo al plan contratado
 - Visión sencilla (Micas blancas CR39 sin tratamiento) o Visión bifocal (Micas blancas flat top L-28 in tratamiento)
 - Estuche
 - Lentes de Contacto
 - Tipo de Lentes: Suaves o Tórico
 - Régimen de uso: Desechable o Convencional
 - Juego de soluciones
 - Estuche

Se ofrecerá el siguiente Plan:

NOMBRE DEL PLAN: PLUS V	COBERTURA ANTEOJOS
Consulta oftalmológica	\$500.00
Examen optométrico	Amparado
Anteojos	Armazón incluido hasta la Suma Asegurada Contratada en el Plan.
o	
NOMBRE DEL PLAN: PLUS V	COBERTURA LENTES DE CONTACTO
Lentes de Contacto	Tipo: Suaves Devlyn (2 pares) o Tórico Devlyn (1 caja) o Frequent All Day (4 cajas)
Suma Asegurada	\$1,500.00
Deducible	\$100.00 más IVA

***La cantidad amparada para consulta oftalmológica forma parte de la suma asegurada total de cada una de las coberturas del PLAN PLUS V.**

Quedan cubiertos los Padecimientos Preexistentes.

LIMITACIONES DEL PLAN:

Dotación de lentes de contacto o de anteojos una vez por persona y por año póliza, además no podrá ser acumulable.

El costo de la consulta oftalmológica está contemplado dentro de la suma asegurada, es decir, cuando se haga uso de la consulta oftalmológica ésta se descontará de la suma asegurada según la cobertura elegida, el remanente se utilizará para la compra de anteojos o los lentes de contactos; en caso de que primero se compren los anteojos o lentes de contacto se cubrirá la consulta oftalmológica siempre y cuando el remanente de la suma asegurada sea mayor o igual al costo de la consulta oftalmológica.

TERCERA. - EXCLUSIONES

La presente póliza en ningún caso cubre los gastos que se originen por:

1. Atención fuera de la República Mexicana.
2. Cualquier tratamiento que no esté especificado en la cobertura del plan contratado que aparece en la carátula de la póliza y en el certificado individual.
3. Todos los gastos realizados por el Asegurado por cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.
4. Esta póliza no ampara cualquier plástico diferente al CR-39 monofocal, Bifocal Flat Top L-28 o Policarbonato.
5. Lentes antisolares.
6. Lentes de contacto denominados Gas Permeable.
7. Cualquier armazón mayor a la suma asegurada del plan contratado.

CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES

CENTAURO sólo pagará los honorarios de oftalmólogos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en el tratamiento visual del Asegurado, así como los gastos derivados del evento, en los términos y condiciones establecidos en la presente Póliza.

Las reclamaciones que resulten conforme a la presente Póliza serán liquidadas dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que **CENTAURO** reciba todos los documentos, datos e informes, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

PRIMERA. -PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de un Evento, el Asegurado cubrirá el deducible contratado, el cual se especifica en la carátula y Certificado Individual, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza. Para este producto el deducible será de \$100.00 M.N. (Cien pesos).

SEGUNDA. -SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES.

Los Sistemas de Pago de Reclamaciones previstos para la presente Póliza son:

Pago Directo: Procede siempre que el Asegurado requiera atención en las Ópticas de la Red, las cuales presentarán directamente a La Institución las facturas correspondientes, por lo que el Asegurado liquidará únicamente los gastos no cubiertos por la póliza, mismos que deberá pagar al momento de su consulta y se identifique con su tarjeta para obtener los servicios de la Red de Ópticas.

La prestación de los servicios se llevará a cabo mediante prestadores de servicios de visuales contratados por CENTAURO los cuales integran la Red de Ópticas y se encuentran ubicados en las principales ciudades de la República Mexicana. Al momento de emitir la póliza se proporcionará a cada uno de los Asegurados Principales a través del Contratante, el Directorio de la Red de Ópticas que tienen convenio celebrado con CENTAURO, el cual contiene los nombres, direcciones y teléfonos de optometristas que integran la citada Red.

Reembolso: Si no se llegara a utilizar el Sistema de Pago Directo, por no contar con los Servicios de la Red, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán hasta la Suma Asegurada contratada, en su caso, mediante reembolso, previa autorización por parte de La Institución. Dicha autorización deberá obtenerse comunicándose telefónicamente a los teléfonos 01 (55) 5596-3540 en el D.F. y Área Metropolitana o al 01-800-800-80-40 desde el interior de la República, en el horario de atención de 8:00 am a 9:00 pm los 365 días del año.

El Asegurado puede elegir ópticas distintas a las de la Red de La Institución, mediante el pago del costo del servicio que le preste la Óptica fuera de Red. En caso de que la reclamación proceda a través del Sistema de **REEMBOLSO**, el Asegurado deberá comprobar a **CENTAURO** la realización del evento, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentos que a continuación se enumeran, en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en los mismos se indican:

- 1.1. **Formato de Declaración del Reclamante**, que proporcione **CENTAURO**, debidamente llenado y firmado.
- 1.2. Formato de Declaración del oftalmólogo tratante, que proporcione **CENTAURO**, debidamente llenado y firmado.
- 1.3. Facturas originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales.
- 1.4. Los recibos de honorarios del oftalmólogo deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.
- 1.5. Radiografías previas y posteriores a un tratamiento.

El Asegurado podrá solicitar el servicio de reembolso a **CENTAURO** en los casos de urgencia médica en que la Red Oftamológica Centauro no le haya brindado el servicio previsto en el contrato, por a) saturación; b) falta de disponibilidad en el servicio; o c) error de diagnóstico.

Para los efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico, el caso en que el Asegurado haya asistido previamente a la Red Oftamológica Centauro y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido por la misma urgencia, utilizar los servicios con un Oftalmólogo o en una Institución fuera de la Red.

Pago Mixto: Comprende todos aquellos casos en que una parte de los gastos son liquidados por **CENTAURO** al prestador del servicio y la otra parte mediante el Sistema de **REEMBOLSO**, al propio Asegurado.

TERCERA. -CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN

La cantidad que La Institución pagará al Asegurado si se optó por el Sistema de Reembolso, se determinará de la siguiente manera: Se sumarán todos los gastos de los tratamientos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en las presentes condiciones.

El pago que La Institución realice al Asegurado, por haberse atendido en Ópticas con las que no se tenga convenio de pago directo, no podrá exceder la Suma Asegurada en la Cláusula Segunda denominada "Tratamientos Cubiertos" del presente contrato.

La Suma Asegurada máxima contratada por cada Asegurado, durante la vigencia del seguro, es la que se establece en la carátula de la póliza, misma que está expresada en moneda nacional.

CUARTA. - PERÍODO DE BENEFICIO.

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará en la fecha de terminación del periodo de seguro contratado, salvo lo previsto a continuación:

Si a la terminación del contrato, el Asegurado se encontrare bajo algún tratamiento iniciado durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora tendrá la obligación de continuar prestando el servicio para la atención de dicho tratamiento, teniendo como límite lo que ocurra primero de lo siguiente:

i) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, al ser dado de alta por el oftalmólogo, o ii) Al agotarse el límite de la Suma Asegurada, o iii) Al vencimiento del período de beneficio previsto en el primer párrafo de la presente cláusula.

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna, automáticamente el periodo de beneficio será prorrogado por otro periodo de seguro.

CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES

PRIMERA. - CONTRATO.

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados, el consentimiento y el certificado individual constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y La Institución, bajo el cual quedará amparado todo Asegurado.

SEGUNDA. - OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante está obligado a declarar por escrito a **CENTAURO**, de acuerdo con la solicitud relativa al seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del presente contrato.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la solicitud, aun cuando no haya influido en la realización de cualquier siniestro, facultará a **CENTAURO** para considerar rescindido de pleno derecho este contrato.

TERCERA. - RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales 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 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este mismo derecho también se hace extensivo al Contratante.

CUARTA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las Condiciones Generales de la presente póliza, sólo podrán modificarse por escrito, previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los Agentes ni ninguna otra persona no autorizada específicamente por La Institución, tienen facultad para hacer modificaciones ni concesiones al presente contrato.

QUINTA. - EDAD.

No existen límites de edad para ser asegurado bajo la presente póliza ni para la renovación de la misma, por lo que **CENTAURO** garantiza la aceptación de personas de cualquier edad.

SEXTA. - RESIDENCIA.

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidas por el presente seguro las personas que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a La Institución el lugar de residencia de cada uno de los Asegurados.

SÉPTIMA. - MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o de **CENTAURO**, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

OCTAVA. - PRIMAS.

La prima vence al inicio de cada período pactado establecido en el contrato, debiendo el Contratante pagar el total de la misma en una sola exhibición, y sólo en caso de que así se convenga entre el Contratante y **CENTAURO**, podrá efectuarse su pago en forma fraccionada mediante exhibiciones que podrán ser mensuales, trimestrales o semestrales, incluido, en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el Contratante y **CENTAURO**, en la fecha de celebración del contrato. En el caso de pago de la prima mediante exhibiciones, el primer pago a diferencia de los pagos subsecuentes, incluirá el cobro del derecho de expedición de póliza.

El pago de primas será responsabilidad del Contratante, sin embargo, los integrantes de la Colectividad podrán contribuir al pago de la misma en la proporción que se establezca en su caso en la carátula de la póliza.

El pago de primas se realizará en el domicilio de **CENTAURO** que aparece en la carátula de la póliza, mediante transferencia electrónica o mediante cargos en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de **CENTAURO**, o abonarlo en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán causas imputables al Contratante: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

Queda bajo la responsabilidad de **CENTAURO**, entregar al Contratante acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la prima a través de cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente del pago hasta en tanto **CENTAURO** no entregue al Contratante el recibo de pago respectivo.

NOVENA. - PERÍODO DE GRACIA.

El Contratante gozará de un término de 30 días naturales para liquidar el total de la prima anual o cada una de las fracciones de la misma, pactadas en el presente contrato. Durante este período sólo aplicará el Sistema de Reembolso.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las 12 horas del último día del término mencionado, si el Contratante no ha cubierto el total de la prima anual o de la fracción pactada.

DÉCIMA. - REHABILITACIÓN.

La póliza podrá ser rehabilitada bajo los términos contratados inicialmente, no obstante lo estipulado en las Cláusulas Generales OCTAVA.-PRIMAS y NOVENA.-PERIODO DE GRACIA, dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del período de gracia señalado, pagando la prima anual de este seguro o la parte correspondiente si se ha pactado su pago fraccionado, en el entendido que dicho pago deberá cubrir en su totalidad la(s) prima(s) vencida(s).

En la rehabilitación se conservará la antigüedad generada por cada Asegurado, considerándose que la Póliza tuvo vigencia ininterrumpida.

DÉCIMA PRIMERA. - ALTAS DE ASEGURADOS.

Los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de esta Póliza, quedarán cubiertos desde el momento de su nacimiento, siempre que se haya notificado a **CENTAURO**, dentro de los 30 días naturales siguientes a que este ocurra.

Si el Asegurado contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la presente Póliza desde la fecha de la celebración del mismo, siempre y cuando se notifique a **CENTAURO** dentro de los 30 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho.

DÉCIMA SEGUNDA. - BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja de la póliza los Dependientes del Asegurado Principal que dejen de cumplir con la definición de DEPENDIENTES ECONOMICOS establecida en las presentes Condiciones Generales.

DÉCIMA TERCERA. - RENOVACIÓN.

La póliza se renovará de forma automática por períodos de igual duración si dentro de los últimos 20 días hábiles de vigencia de cada período, el Contratante no notifica fehacientemente a CENTAURO su voluntad de no renovarla.

“CENTAURO” procederá a realizar la renovación en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que a la fecha de vencimiento del contrato 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 cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

DÉCIMA CUARTA. - RESPONSABILIDAD DE CENTAURO.

El límite de responsabilidad a cargo de **CENTAURO** ante el Contratante, el Asegurado y sus Dependientes Económicos, se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en términos de la carátula de la presente póliza.

DÉCIMA QUINTA. – CAMBIO DE CONTRATANTE.

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, La Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

DÉCIMA SEXTA.- INTERÉS MORATORIO.

En caso de que **CENTAURO**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al asegurado y/o a sus dependientes un interés moratorio, en términos de lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual textualmente señala lo siguiente: “ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo

transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional

para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

DÉCIMA SÉPTIMA. - PRESCRIPCIÓN.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de **CENTAURO**.

DÉCIMA OCTAVA. - COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, de la negativa de “CENTAURO” de satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

DÉCIMA NOVENA. -COMISIONES A INTERMEDIARIOS

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a **CENTAURO** le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. **CENTAURO** proporcionará dicha

información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

VIGÉSIMA. - NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a **CENTAURO** por escrito, en el domicilio señalado en la carátula de la Póliza, obligándose ésta a comunicar al Contratante y al Asegurado en caso de que dicho domicilio llegare a ser diferente.

Las notificaciones y comunicaciones que CENTAURO deba hacer al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

VIGÉSIMA PRIMERA. - VIGENCIA.

Esté contrato estará vigente durante el período pactado, que aparece en la carátula de la presente Póliza.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante mediante aviso dado a La Institución por escrito con 15 días de anticipación a la fecha en que cesará el contrato, devolviendo ésta última al Contratante, la prima pagada no devengada deduciendo los gastos administrativos y de adquisición correspondientes a dicha prima, siempre y cuando no se hayan presentado reclamaciones por parte del Asegurado, caso en el cual se hará exigible el pago de la totalidad de la prima estipulada en la carátula de la póliza.

Se entiende por prima pagada no devengada el monto de la prima pagada que corresponde proporcionalmente al tiempo que falte de transcurrir de la vigencia del contrato, contado a partir de la fecha de baja o cancelación hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

El Contratante podrá dar por terminada esta póliza con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito dado a CENTAURO, quien devolverá la prima pagada no devengada deduciendo los gastos administrativos y de adquisición correspondientes a dicha prima. La devolución que proceda efectuar CENTAURO al Contratante, la realizará a través del mismo medio en que fue pagada la prima y dentro de un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de Terminación del Contrato en las oficinas de CENTAURO.

2. La terminación del período de gracia sin que se hubiere efectuado el pago de prima vencida salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

VIGÉSIMA TERCERA. - DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES.

1. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
2. Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o de tratamiento ofrecido.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.
6. Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia. El paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
9. Contar con un expediente clínico (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico de acuerdo al fin requerido.
10. Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.

Unidad Especializada para la Atención a Usuarios

Insurgentes Sur 1871-401

Colonia Guadalupe Inn, Alcaldía Álvaro Obregón

C.P. 01020, Ciudad de México

Tels.55-5596-35-40, 50 63-35-40 al 70 fax 55 96 36 78.

Sin costo 01 800 800 80 40 Horario de atención:

Call Center: De lunes a domingo de 08:00 a 21:00 hrs

Oficina: De lunes a viernes de 8:00 a 18:00 hrs

E-mail: info@centauro.com.mx

CONDUSEF

Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P 03100

Teléfono para el interior de la República Mexicana 01 800 999 80 80

Desde la Ciudad de México: (55) 53 40 09 99

Página en internet: www.condusef.gob.mx

E-mail: asesoria@condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de octubre de 2022, con el número CNSF-H0712-0053-2022 / CONDUSEF-005591-01.

GLOSARIO DE PRECEPTOS LEGALES

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

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

Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

I. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

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

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

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un

representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

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 14 de octubre de 2022, con el número CNSF-H0712-0053-2022 / CONDUSEF-005591-01.