

I. LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.**ARTÍCULOS CITADOS.****ARTÍCULO 8.**

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todo los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 9.

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

ARTÍCULO 25.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza, Transcurrido este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

ARTÍCULO 37.

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

ARTÍCULO 40.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia en artículo 150 Bis de esta Ley.

ARTÍCULO 47.

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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 24 (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 66.

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

ARTÍCULO 69.

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ARTÍCULO 70.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 71.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (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 76.

Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrir en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

ARTÍCULO 81.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En 5 (cinco) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En 2 (dos) años, en lo demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

ARTÍCULO 82.

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

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

ARTÍCULO 84.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

ARTÍCULO 169.

Cuando el menor de edad tenga 12 (doce) años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

ARTÍCULO 171.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

ARTÍCULO 172.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

ARTÍCULO 176.

El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

II. LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS 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 30 (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 10 (diez) días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán

a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

ARTÍCULO 65.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se presenten 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 este Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

ARTÍCULO 66.

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

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 3 (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 6 (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 20 (veinte) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

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 medio 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

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

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 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.

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

III. LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

ARTÍCULO 276.

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

- 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 la 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 de 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 denominad 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 es ente artículo deberán ser cubiertas por la institución de

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

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, 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 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

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

IV. REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Artículo 1.- Para la celebración del seguro de grupo o empresa, así como del seguro colectivo previstos en los artículos 188 y 191 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las instituciones y sociedades mutualistas se registrarán por lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley sobre el Contrato de Seguro y el presente Reglamento.

Artículo 2.- Para efectos de este Reglamento se entenderá por:

- I. **Aseguradora**, a las instituciones o sociedades mutualistas de seguros autorizadas conforme a lo establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- II. **Certificado**, a los certificados individuales de seguro de grupo o colectivo;
- III. **Comisión**, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;
- IV. **Contratante**, a la persona física o moral que celebre el contrato de Seguro de Grupo o Seguro Colectivo con una Aseguradora;
- V. **Dividendos**, al monto que corresponda al Contratante o al asegurado, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, en pólizas con participación de beneficios por utilidades realizadas;
- VI. **Grupo o Colectividad**, a cualquier 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;
- VII. **Integrante**, a cualquier persona que forme parte del Grupo o Colectividad;
- VIII. **Secretaría**, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- IX. **Seguro de Grupo**, al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la operación de vida prevista en los artículos 7o., fracción I y 8o., fracción I de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y
- X. **Seguro Colectivo**, al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la

operación de accidentes y enfermedades prevista en los artículos 7o., fracción II y 8o., fracciones III, IV y V de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Los significados asignados a los términos definidos en este artículo aplicarán, de la misma manera, a su forma singular o plural.

Artículo 3.- La Secretaría en el ejercicio de las atribuciones legales que le corresponden, podrá interpretar y resolver para efectos administrativos, las disposiciones de este Reglamento.

Artículo 4.- La Comisión en los términos de la normativa aplicable, podrá emitir disposiciones de carácter general en materia de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos en protección de los intereses de los contratantes, asegurados y beneficiarios.

Artículo 5.- En las notas técnicas relativas a los productos de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que las Aseguradoras registren en términos de lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, deberán señalar los principios y procedimientos técnicos que emplearán para evitar fenómenos de selección adversa para la Aseguradora.

Artículo 6.- La prima total del Grupo o Colectividad, así como las primas que correspondan a cada Integrante del mismo se obtendrán de acuerdo a lo establecido en la nota técnica respectiva y el Contratante será el responsable de realizar el pago.

En cada fecha de vencimiento del contrato, la Aseguradora podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

El cálculo de la prima de tarifa correspondiente a los nuevos Integrantes del Grupo o Colectividad, así como la de aquellos que dejen de formar parte de los mismos de manera definitiva, se sujetará a las normas técnicas y operativas establecidas por la Aseguradora para el caso, en el producto de seguro correspondiente.

Artículo 7.- Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza.

Artículo 8.- El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

- I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:
- a) **Experiencia Propia**, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.
- Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.
- Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y
- b) **Experiencia Global**, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;
- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;
- III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.
- Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;
- IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;
- V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:
- a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;
- b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y
- c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.
- El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;
- VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;
- VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
- VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y
- IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

Artículo 10.- El formato de solicitud que proporcione la Aseguradora para celebrar el contrato de Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá comprender la siguiente información:

- I. Operación de seguro de que se trate y naturaleza del riesgo por asegurar;
- II. Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro;
- III. Características particulares o especiales del Grupo o Colectividad que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante;
- IV. Sumas aseguradas para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarla;
- V. Participación con la que, en su caso, los Integrantes del Grupo o Colectividad contribuirán al pago de la prima;
- VI. Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios Integrantes del Grupo o Colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos;
- VII. Cuando el objeto del contrato de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud, y
- VIII. Las demás que, en su caso, estime necesaria la Comisión para dar cumplimiento al presente Reglamento.

Artículo 11.- Tratándose de Seguros de Grupo que cubran el riesgo de fallecimiento, las Aseguradoras deberán contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los Integrantes del mismo, previo a su incorporación al Grupo, antes de la celebración del contrato, el cual contendrá, por lo menos, lo siguiente:

- I. Suma asegurada o regla para determinarla, y
- II. Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable.

Artículo 12.- Tratándose de los Seguros de Grupo el Contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato de seguro sea:

- I. Garantizar créditos concedidos por éste, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el Seguro de Grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente;
- II. Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o
- III. Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Artículo 13.- La Aseguradora formará un registro de asegurados en cada Seguro de Grupo y en cada Seguro Colectivo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad;
- II. Suma asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

La Comisión podrá autorizar mediante disposiciones de carácter general, que las Aseguradoras puedan utilizar de manera opcional datos que también les permitan integrar dicha información.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.

Artículo 14.- Además de los requisitos que correspondan conforme a lo previsto en el artículo 153 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en la documentación contractual mediante la cual la Aseguradora formalice el Seguro de Grupo y el Seguro Colectivo deberá incluirse la siguiente información:

- I. Las características del Grupo o Colectividad asegurado;
- II. La prima de tarifa o regla para determinarla para cada Integrante del Grupo o Colectividad, y participación con la que, en su caso, contribuirá al pago de la prima;

PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

- III. Sumas aseguradas para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarlas;
- IV. En su caso, el mecanismo que la Aseguradora empleará para el pago de Dividendos al contratante y, en su caso, a los asegurados del Grupo o Colectividad, y
- V. La transcripción del texto que resulte aplicable de los artículos 17 a 21 de este Reglamento.

Artículo 15.- En los contratos del Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá establecerse la obligación del Contratante de dar aviso o remitir información periódica a la Aseguradora, respecto de lo siguiente, así como el procedimiento mediante el cual el Contratante cumplirá con dicha obligación:

- I. El ingreso al Grupo o Colectividad de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento, así como la información señalada en la fracción VII del artículo 10 de este Reglamento;
- II. La separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado;
- III. Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y
- IV. Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

Artículo 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

- I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
 - a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
 - b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
 - c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
 - d) Nombre del Contratante;
 - e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;

- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.

II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace



PRECEPTOS LEGALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.