



CAPÍTULO V. MARCO LEGAL

1. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

El 4 de abril del 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se expide la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), misma que entró en vigor 2 años después, el 4 de abril de 2015.

La nueva Ley consta de 510 artículos, más 26 Disposiciones transitorias y se divide en 13 títulos, los cuales a su vez se encuentran seccionados para los sectores de Seguros o de Fianzas.

El objetivo principal de la Ley es robustecer el marco jurídico respecto de la solvencia, estabilidad y seguridad de las Instituciones Financieras de seguros y fianzas para situarse dentro de los estándares y mejores prácticas internacionales, para así poder sentar las bases de un desarrollo sano y ordenado.

Dentro de esta Ley encontraremos 3 pilares básicos: el primero de ellos relativo a la **Solidez Financiera**, Las Instituciones determinarán el capital necesario para poder cumplir con sus obligaciones de acuerdo con sus riesgos, ya no será la Autoridad (CNSF) la que establezca la regla única aplicable a las Instituciones para calcular el monto de capital necesario. Régimen de cobertura del requerimiento de capital basado en niveles de calidad y liquidez de los recursos patrimoniales.

Como segundo pilar está el **Gobierno Corporativo** que busca el fortalecimiento del sistema de gobierno corporativo de las aseguradoras y afianzadoras, bajo la responsabilidad del consejo de administración.

El gobierno corporativo deberá cumplir con las funciones de: 1) administración integral de riesgos, 2) control y auditoría internos, 3) función actuarial y 4) la relativa a la contratación de servicios con terceros.

Por último, tenemos el tema de **Transparencia**, En el Pilar III se sugiere agregar:

Fortalecimiento del marco para la revelación de información hacia el mercado, de manera consistente con la naturaleza del nuevo marco normativo.

Se establece la obligación de una calificación crediticia, como un mecanismo complementario de revisión y disciplina por parte del mercado.

Otros cambios que se han introducido en la LISF son los siguientes:

- El requerimiento de capital de solvencia: es un modelo regulatorio sensible al riesgo. Aumentarán los requerimientos en las aseguradoras que tienen una mala administración de sus riesgos, y cuando las empresas tengan mejores sistemas de administración de riesgos se beneficiarán en términos de cargas de capital.
- Se incorpora la figura del seguro de caución, con un procedimiento de ejecución rápido y oportuno, con el cual se pretende que entre en competencia con los otros



productos que actualmente conforman el mercado de garantías, como son la fianza y la carta de crédito.

- Con motivo del nuevo seguro de caución, la Ley Sobre el Contrato de Seguro sufrió una reforma, con el objetivo de incorporar las reglas específicas relativas a dicho seguro; para perfeccionar el régimen de los seguros obligatorios; regular la concurrencia de seguros en el caso de seguros contra la responsabilidad, y algunas otras precisiones que buscan dar certidumbre a los asegurados y beneficiarios en la contratación de seguros.

Al entrar en vigor este nuevo ordenamiento, quedaron automáticamente abrogadas la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros del 31 de agosto de 1935 y la Ley Federal de Instituciones de Fianzas del 29 de diciembre de 1950.

Los organismos autorizados en dicha Ley y sus principales objetivos en relación con los seguros:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Dependencia competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos, lo relacionado con los preceptos de la Ley en la materia, así como procurar un desarrollo equilibrado de los sistemas asegurador y afianzador, y una competencia sana entre las Instituciones que los integran.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

Órgano desconcentrado de la SHCP encargado de supervisar que la operación de los seguros se apegue al marco normativo, preservando la solvencia y estabilidad financiera de las Instituciones, para garantizar los intereses del público, así como promover el sano desarrollo de estos sectores con el propósito de extender la cobertura de sus servicios a la mayor parte de la población usuaria.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Organismo público descentralizado de la SHCP, encargado de emitir disposiciones de carácter general, en las que se definen las actividades que se aparten de las sanas prácticas y usos relativos la oferta y comercialización de las operaciones y servicios financieros por parte de las Instituciones de seguros, buscando en todo momento la adecuada protección de los intereses del público usuario.

Adicionalmente, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, es la encargada de otorgar la autorización para organizarse y operar como Institución o Sociedad Mutualista, previo acuerdo de su Junta de Gobierno. Las mencionadas autorizaciones, así como sus modificaciones, se publicarán en el Diario Oficial de la Federación y en dos periódicos de amplia circulación de su domicilio social.

Aspectos básicos para operar como Institución de Seguros:

- Que las operaciones y/o ramos, se encuentren expresamente señalados en sus estatutos sociales.
- Que cuenten con el capital mínimo pagado que les corresponda en función de las operaciones y/o ramos, que pretendan realizar.
- Que acrediten que cuentan con los órganos de gobierno y la estructura corporativa adecuados para realizar las operaciones que pretendan llevar a cabo.
- Que acrediten que cuentan con la infraestructura, controles internos y manuales respectivos, necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social.
- Que se encuentran al corriente en el pago de las sanciones por incumplimiento a la LISF, en su caso; así como en el cumplimiento de las observaciones correctivas de sus funciones.

Una vez que se obtenido dicha autorización y cumpliendo con los requerimientos necesarios para organizarse, operar y funcionar como Institución de Seguros, la institución aseguradora podrá comercializar una o más de las siguientes operaciones y ramos de seguros:

Operaciones y Ramos de Seguros	Vida	
	Accidentes y enfermedades	Accidentes personales Gastos médicos Salud
	Daños	Responsabilidad civil y riesgos profesionales Marítimo y transportes Incendio Agrícola y de animales Automóviles Crédito Caución Crédito a la vivienda Garantía financiera Riesgos catastróficos Diversos Los especiales que declare la SHCPa
	Pensiones	

Adicionalmente, la LISF hace mención que para cambiar o ampliar las operaciones, ramos o sub-ramos, según sea el caso, las Instituciones deberán contar con el dictamen favorable que les extienda la CNSF, cuando acrediten haber modificado los aspectos básicos antes citados.



Seguros Básicos Estandarizados

Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, ofrecen un **Producto Básico Estandarizado**, para cada una de las siguientes coberturas:

- **Vida**
 - Fallecimiento
- **Accidentes y enfermedades**
 - Accidentes personales
 - Gastos médicos
 - Salud
 - Salud Dental
- **Automóviles (Daños)**
 - Responsabilidad civil

Los Productos Básicos Estandarizados son aquellos que cubren riesgos esenciales, que se pueden homologar por sus características comunes y que tienen por propósito satisfacer necesidades concretas de protección de la población.

Registro de Tarifas de Seguros Básicos (RESBA)

El artículo 208 de la LIF, establece lo siguiente: *“Con el objeto de efectuar la comparación de las primas de tarifa de estos productos y difundirlas entre el público, las Instituciones de Seguros deberán informar mensualmente a la CONDUSEF, la prima de tarifa total que cobren respecto de los productos de Seguros Básicos Estandarizados. Dichas Instituciones podrán cumplir con esta obligación mediante la difusión y actualización de la información a que se refiere este párrafo en la página principal del portal del RESBA”.*

El Registro de Tarifas de Seguros Básicos es la herramienta creada específicamente para que las Instituciones de Seguros registren y, en su caso, actualicen de manera mensual la tarifa (costo) de los diferentes tipos de seguros que cada compañía ofrezca, a fin de que el público usuario consulte los costos del seguro que pretenda contratar.

Este tipo de productos serán de gran utilidad para acercar los beneficios del seguro a personas que actualmente no cuentan con este tipo de protección, así como para promover la cultura de la prevención y, con ello, elevar la colocación del seguro en la sociedad mexicana.

Es importante resaltar que en la Circular Única de Seguros y Fianzas (C.U.S.F.) contiene una serie de formatos en donde se establecen las coberturas que cada tipo de seguro básico estandarizado debe tener.

Para tener acceso al RESBA dar clic en: <https://phpapps.condusef.gob.mx/resba>

¿Qué es un contrato de adhesión de Seguros?

Son aquellos elaborados unilateralmente en formatos por la Institución de Seguros en los que se establecen los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro. Dichos contratos, no pueden ser modificados, de persona a persona, de manera que son adoptados por los usuarios interesados en adquirir un seguro determinado.

Para estos contratos se pueden implementar endosos adicionales, es decir, modelos de cláusulas adicionales al contrato, elaborados para ser incorporados a esos contratos

Tanto el contrato de adhesión como los endosos deberán registrarse de manera previa ante la CNSF. El contrato o cláusula celebrado por una Institución de Seguros sin el registro de dicha autoridad, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

El registro de un producto de Seguro requiere la presentación por parte de cada Institución de los siguientes documentos:

- Nota técnica
- Documentación contractual
- Dictamen jurídico
- Dictamen de congruencia

Nota Técnica.

Un contrato de adhesión conlleva la emisión de una Nota Técnica, la cual sirve para determinar la prima de tarifa que cobrará la institución de seguros por el producto ofertado, así como las reservas que necesita dicho producto en caso de siniestro.

La **Nota Técnica** es el nombre que reciben los cálculos actuariales y que dan lugar para cada operación y ramo de seguro, a la determinación de la prima que aplican las instituciones de seguros siguiendo los principios de equidad y suficiencia

Los requisitos que debe tener la Nota Técnica se encuentran establecidos en el artículo 201 y son los siguientes:

- La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados;
- Los procedimientos actuariales para la determinación de primas y extraprimas;
- La justificación técnica de la suficiencia de las primas y, en su caso, de las extraprimas;
- Los procedimientos actuariales para la estimación de la reserva técnica del producto de seguros y la forma en que se vinculan a los métodos actuariales;
- Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;
- La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las



reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables;

- Los procedimientos actuariales para la determinación de los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;
- Los procedimientos actuariales para calcular los valores garantizados, en los casos en que procedan;
- Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar, y
- Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las **Notas Técnicas** son elaboradas y firmadas por un Actuario con cédula profesional, que además cuente con la Certificación vigente emitida para este propósito por el Colegio Profesional de la Especialidad o acredite ante la CNSF que tiene los conocimientos requeridos.

Para obtener el registro a que se refiere la Disposición 30.5.1, los actuarios deberán reunir los siguientes requisitos:

- Contar con cédula profesional de actuario o licenciado en actuaría emitida por la SEP.
- Estar certificado para prestar el servicio de elaboración de notas técnicas por un colegio profesional reconocido por la SEP, o contar con la acreditación de conocimientos requeridos ante CNSF.
- Contar con experiencia profesional mínima de tres años en el ejercicio de funciones técnicas actuariales vinculadas al sector asegurador.
- No haber sido expulsado o encontrarse suspendido de sus derechos como miembro de algún cuerpo colegiado de su profesión reconocido por la Secretaría de Educación Pública.
- No haber sido condenado por sentencia irrevocable por delito patrimonial o doloso que haya ameritado pena corporal.
- No estar inhabilitado para ejercer el comercio o para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público o en el sistema financiero mexicano.
- No tener litigio pendiente con la Institución o Sociedad Mutualista a la que le preste este servicio.

Documentación contractual

Es aquella que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Esta documentación es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenada y firmada



por el Contratante y Asegurado.

La fracción II del artículo 201 de la LISF señala que la documentación contractual de los productos de seguros se integrará por los contratos en que se formalicen las operaciones de seguros, así como por los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a dichos contratos. Dicha documentación contractual deberá ser escrita en idioma español y con caracteres legibles a simple vista. Forman parte de la documentación contractual:

- Solicitud
- Consentimiento
- Carátula de póliza
- Certificado
- Condiciones Generales
- Condiciones Particulares
- Endosos
- Folleto de derechos básicos del asegurado

La citada documentación contractual, deberá estar firmada electrónicamente por un dictaminador jurídico.

Dictamen Jurídico

Es el documento en el cual se certifica que la documentación contractual se encuentra apegada a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables.

Dicho dictamen deberá estar firmado electrónicamente por el dictaminador jurídico responsable de su elaboración, quien deberá estar registrado ante la CNSF.

Para obtener el registro de Dictaminador Jurídico ante la citada autoridad, el aspirante deberá reunir los siguientes requisitos:

- Contar con cédula profesional de licenciado en derecho o abogado, emitida por la SEP.
- Contar por lo menos con cinco años de experiencia en la formulación de contratos de seguro.
- Ser profesionista independiente, o bien el funcionario responsable de los asuntos jurídicos de la Institución o Sociedad Mutualista de que se trate.
- No haber sido expulsado o encontrarse suspendido de sus derechos como miembro de algún cuerpo colegiado de su profesión reconocido por la SEP
- No haber sido condenado por sentencia irrevocable por delito patrimonial o doloso que haya ameritado pena corporal.



- No estar inhabilitado para ejercer el comercio o para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público o en el sistema financiero mexicano.
- No tener litigio pendiente con la Institución o Sociedad Mutualista a la que le preste este servicio.

Adicionalmente, el interesado deberá acompañar su curriculum vitae, así como aquellos documentos que le permitan demostrar que cuenta con los conocimientos teóricos en materia de seguros tales como:

- Participación en cursos
- Conferencias
- Seminarios nacionales
- Seminarios internacionales
- Congresos, etc.

Dicha solicitud deberá presentarse a través del sistema de Citas y Registros de Personas de la CNSF

El registro del dictaminador jurídico ante el citado organismo quedará formalizado dentro de un plazo que no exceda los 10 días hábiles contados a partir de la cita de la fecha obtenida para tales efectos, y lo hará saber a través de la expedición de una constancia con vigencia de tres años, la cual es renovable por el mismo periodo.

Cabe señalar que dicho registro podrá ser suspendido o cancelado por la propia Comisión si el dictaminador:

- Sus dictámenes no reúnan las características de alcance y calidad;
- Que los mismos sean inexactos por causa de negligencia o dolo; e
- Incurrir en faltas graves en el ejercicio de su actividad

Dictamen de Congruencia

Es el documento elaborado tanto por el actuario certificado como por el dictaminador jurídico con la finalidad de constatar la coherencia que existe entre la nota técnica y la documentación contractual, así como que el producto no contravenga alguna norma aplicable. El dictamen deberá ser elaborado y firmado electrónicamente por ambos profesionistas y deberá contener la siguiente leyenda:

"Los que suscribimos (nombre del actuario) con cédula profesional _____ y certificación o acreditación _____ y (nombre de la persona con título de abogado p licenciado en derecho que sea dictaminador jurídico de la institución) con cédula profesional _____, bajo nuestra responsabilidad profesional hacemos constar que hemos verificado que las obligaciones asumidas en las condiciones contractuales del producto denominado (nombre del producto) _____, se encuentran fielmente respaldadas mediante los métodos actuariales descritos en la nota técnica correspondiente".

Toda la documentación mencionada anteriormente se debe registrar en línea a través del Sistema de Registro de Documentos del portal de la CNSF, en donde se le proporciona un número por cada producto registrado y en caso de que la autoridad le haga alguna observación al producto se lo hará saber mediante oficio en cualquier momento (Para efectos prácticos son 30 días hábiles posteriores al registro, aunque la Ley no da plazo específico).

Las Instituciones de Seguros que ya hayan registrado un producto de Seguros de acuerdo con lo antes visto, también deberán registrar sus **Modelos de Contrato de Adhesión** ante la CONDUSEF a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS).

De acuerdo al artículo 204 de la LISF, las Instituciones de Seguros remitirán a la CONDUSEF la documentación contractual de los productos de seguros que se formalicen mediante contratos de adhesión, a efecto de que dicha Comisión los integre en el portal del RECAS, para consulta del público en general.

El Registro de Contratos de Adhesión de Seguros, previsto en la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, es una herramienta Informática que permite a las Instituciones de Seguros registrar los contratos de adhesión de sus productos que se encuentren comercializando, a fin de que el público en general pueda consultar aquéllos que son de su interés previamente, durante o después de haberlos firmado.

Las operaciones, ramos y tipos que se encuentran en el catálogo del RECAS son:

OPERACIÓN	RAMO	TIPO
Vida	Vida-Individual	Dotal
		Educacional
		Flexible
		Microseguro
		Ordinario de Vida
		Seguro Básico Estandarizado
		Temporal
		Universal
	Vida-Grupo	Deudores y Cuenta-ahorradores
		Microseguro
		Seguro de Retiro Institucional (SHCP)
		Seguro de Separación Individualizado (SHCP)



		Tradicional - Empresa
		Tradicional - Inversión

OPERACIÓN	RAMO	TIPO
Accidentes y Enfermedades	Accidentes Personales	Colectivo
		Individual
		Microseguro
		Seguro Básico Estandarizado
	Gastos Médicos Mayores	Colectivo Indemnizatorio
		Colectivo Tradicional
		Individual Indemnizatorio
		Individual Tradicional
		Microseguro
		Seguro Básico Estandarizado
		Seguro Colectivo Institucional (SHCP)
	Salud	Colectivo
		Colectivo Dental
		Individual
		Seguro Básico Estandarizado (Dental)
		Seguro Básico Estandarizado (Salud)
		Microseguro

OPERACIÓN	RAMO	TIPO
Daños	Agrícola y de animales	Agrícola
		Pecuario
	Automóviles	Camiones
		Chofer Privado (Uber, Yaxi, Cabify, etc.)
		Legalizados
		Motocicletas



		Residentes
		Responsabilidad Civil/Obligatorio
		Seguro Básico Estandarizado
		Transporte Público (microbuses, taxis, camiones)
		Turistas
	Caución	Caución
	Crédito	Exportación
		Importación
	Crédito a la vivienda	Crédito a la Vivienda
	Diversos misceláneos	Anuncios Luminosos
		Cancelación en Viajes
		Desempleo
		Dinero y Valores
		Fraudes a Tarjeta de Crédito, Débito y Cuenta de Cheques,
		Mascotas
		Objetos Personales
		Obras de Arte
		Paramétrico (Riesgo Único)
		Riesgos Cibernéticos
		Robo Casa-Habitación
		Robo de Mercancías
		Rotura de Cristales
		Título de Propiedad de Inmuebles
	Diversos técnicos	Calderas y recipientes sujetos a presión
		Construcción
		Equipo de Contratistas
		Equipo Electrónico
		Montaje
		Obra Civil Terminada



		Rotura de Maquinaria
	Garantía financiera	Garantía financiera
	Incendio	Casa-Habitación
		Empresariales
	Marítimo y transporte	Aviones
		Carga
		Embarcaciones
	Responsabilidad civil	Familiar
		Guarderías
		General/Obligatorio
		Riesgos Profesionales
		Viajero
	Terremoto y otros riesgos catastróficos	Riesgos Hidrometeorológicos
		Terremoto y Erupción Volcánica

OPERACIÓN	RAMO	TIPO
Pensiones	Privadas	Ciertas
		Diferidas
		Mancomunadas
		Temporales
		Temporales con Periodo de Garantía
		Vitalicia
		Vitalicia con Periodo de Garantía
	Derivadas de la Seguridad Social	IMSS
		ISSSTE

Contratos de no adhesión de Seguros

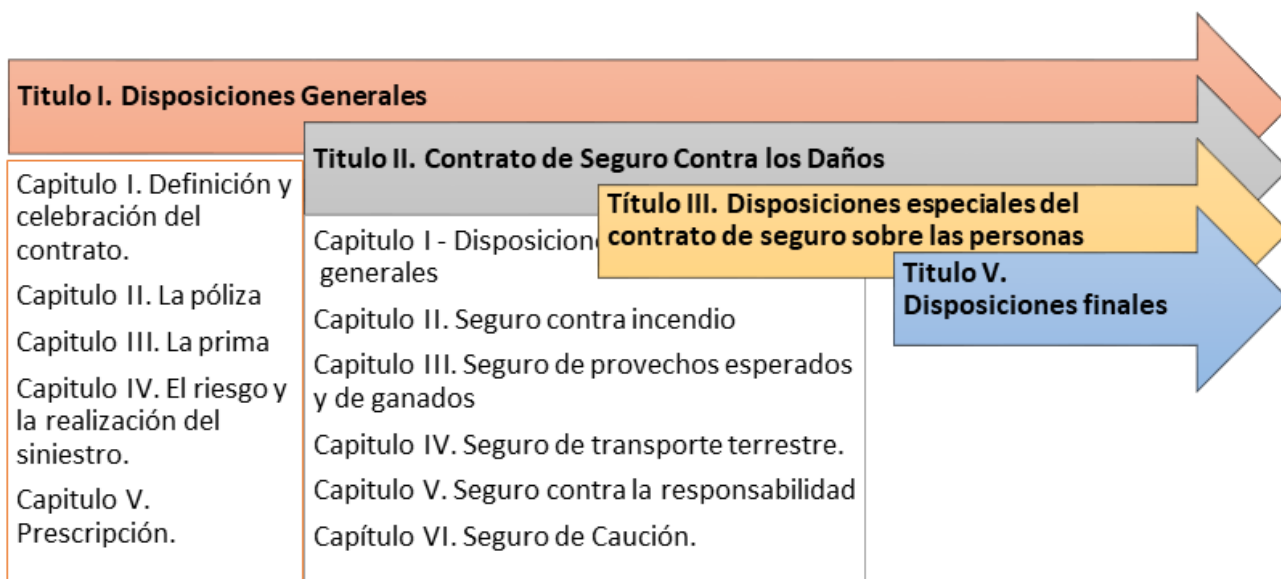
Son contratos *Ad Hoc* que las Instituciones de Seguros elaboran de acuerdo con lo solicitado por el contratante, es decir la aseguradora le hace un “traje a la medida” de acuerdo con las necesidades del cliente. Por lo tanto, una de las características principales de los contratos de no Adhesión es que solo existe uno, ya que al existir dos o más, nos encontramos ante un contrato de adhesión, razón por la cual este tipo de contratos no se registran en el RECAS.

2. Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro es el ordenamiento legal en el que se plasman los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en un contrato de seguro, así como las características de los tipos de seguros que pueden comercializar las Instituciones de Seguros. Esta Ley que tiene influencia del marco legal suizo, francés e italiano, data del año 1935, bajo la presidencia del General Lázaro Cárdenas y ha tenido muy pocas reformas en el curso de los años (7), siendo la última del 4 de abril de 2013.

Se puede señalar que, de forma general, el objetivo de esta Ley es establecer los criterios y normas que darán certidumbre a la oferta del proponente, la vinculación entre las partes, las condiciones generales contenidas en la oferta y su perfeccionamiento, requisito esencial para que cobre vigencia el acuerdo entre ambos, tratando de poner en igualdad de condiciones al contratante y el oferente.

La Ley consta de 207 artículos divididos conforme a lo siguiente:



TITULO I: Disposiciones Generales

a. Definición y Celebración del Contrato

El capítulo 1 define el contrato de seguro como aquél en el que: La aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Como ya se comentó, en dicha Ley se establecen algunas obligaciones para ambas partes por lo que surge una pregunta ¿Cuándo estoy llenando la solicitud de un seguro, tengo que informar todo lo relacionado a mi persona, persona asegurada o al bien que deseo asegurar?

Los artículos 8, 9 y 10 de la Ley establecen que contratante o representante del asegurado tiene la obligación de declarar por escrito todos los hechos importantes tales como los conozca o deba conocer al momento de la celebración del contrato, con ello la compañía de seguros podrá apreciar el riesgo y determinar si se otorga o no el seguro.

¿Los agentes de seguros pueden comprobar si un siniestro sucedió?

Por otra parte, el artículo 14 contempla la figura de los **agentes** los cuales deberán ser autorizados por una aseguradora y tendrán la posibilidad de:

- Recibir las ofertas
- Rechazar las declaraciones escritas por los contratantes
- Cobrar las primas vencidas
- Extender recibos
- La comprobación de los siniestros que se realicen

Adicionalmente, el presente capítulo indica que la renovación de un contrato en ningún caso debe exceder de un año y que independientemente de que la Institución de seguros reasegure un riesgo previamente asegurado, seguirá siendo la única responsable frente al asegurado.

b) La Póliza

La póliza es el conjunto de documentos que avalan la obligación que la aseguradora tiene frente al contratante del seguro, donde se hacen constar los derechos y obligaciones de las partes. La póliza deberá contener, según el artículo 20 lo siguiente:



HACIENDA

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO



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



Momento a partir del cual se garantiza el riesgo.

Duración de esta garantía.

Nombre y domicilio de la persona contratante.

Naturaleza de los riesgos garantizados.

Firma de la aseguradora.



Póliza de seguro de automóvil

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No: MLN-1071045

Fecha de emisión: 03/03/2021

Vigencia desde: 08/03/2021

Vigencia hasta: 08/03/2022

Plazo: Anual

Cobertura: Total

Forma de pago: Anual

Prima total anual: 27,000

Moneda Nacional (pesos) 27,000

DATOS DE CONTRATANTE (la persona que paga el seguro)

Nombre: Ximena Carranza Balbuena

RFC: CABX010191AB1

Domicilio: Calle Siempreviva No. 10, Col. Santa Cruz

Teléfono particular: 5512345678

xicaba@gmail.com

Persona: FÍSICA

C.P. 03103 C. R. 03100

Teléfono celular: 55-10-23-45-67

DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA (Persona propietaria del vehículo)

Nombre: FÍSICA

Fecha de Nacimiento: 01/01/91

C.P. 03103 Col. Santa Cruz

Edad: 30

Persona: FÍSICA

Sexo: F(X) M()

Entidad: CDMX

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Descripción: SENTRA INCLUSIVE AUT

Marca: NISSAN

Serie: 237

Modelo: 2020

Motor: 123456789

Tipo: V72

Uso: PERSONAL

Placas: VAK2513

Clave: 255

COBERTURAS

Descripción

Daños materiales

\$ 238,000

5%

5,621.94

Robo Total

\$ 238,000

10%

3,124.39

Nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios(as) (UNE), con domicilio en: Boulevard Plutarco NÁrvarte 654, Colonia Montaña Suprema, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03458, teléfono (55) 2001 2881, correo electrónico: aeulo@segurocars.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida de los Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C. P. 03100. Teléfono (55) 5340 0999 Y (800) 999 80 80. Página web www.condusef.gob.mx; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

PRIMA ANUAL

Prima neta: \$10,548.00

Gastos de expedición: \$700.00

REcarga pago fraccionado: \$9.8763.00

I.V.A.: \$13.000.00

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 20 de agosto de 2021, con el número CNSF-SI656-0194-2020 y RESP S0022-0299-2020 de fecha 20/06/2020/CONDUSEF-02727-01.

Funcionario Autorizado

Funcionario Autorizado

Av. Concepción #1408, pisos 3 y 4 Col Del Valle, Alcaldía Benito Juárez C.P. 05530, México, CDMX, Tel. 59 83 43 34 en Ciudad de México y área metropolitana o lada sin costo 01 800 000 000 del Interior de la República.

En su caso, la mención específica de que se trata de un seguro obligatorio.

Designación de la cosa o de la persona asegurada.

Monto de la garantía.

Cuota o prima del seguro.

Además de las cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

En caso de que, derivado de un juicio, el juez solicite opinión a la CONDUSEF respecto de alguna duda sobre la interpretación de una cláusula en algún contrato de adhesión, ésta emitirá un dictamen, a fin de resolver el sentido en que debe interpretarse dicha cláusula. En el caso de que sean aspectos técnicos actuariales la CONDUSEF podrá solicitar la opinión de la CNSF.

Perfeccionamiento del Contrato

Es el momento en que el seguro entra en vigor, cuando se cumplen todos los requisitos para que el contrato funcione, presuponiendo la aceptación de la oferta por parte del contratante/asegurado y de la aseguradora.

La Ley señala en su artículo 21, que el contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta, es decir cuando el contratante/asegurado se entera de que su solicitud ha sido aceptada por la Institución de seguros.

Cabe señalar que el contrato de seguro no puede sujetarse a la condición de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento o inclusive al pago de la prima para determinar que el seguro se encuentra en vigor.

Una vez que la aseguradora entregue la póliza y los documentos anexos, el contratante/asegurado cuenta con 30 días para revisar que la información contenida en dichos documentos sea correcta, en caso de no informar ningún cambio se considerará que la información no contiene errores y que es aceptada en todos sus términos.

c) La Prima

La Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que el contratante del seguro es el obligado a pagar la prima, si no hay estipulación expresa en contrario.

La Prima es toda aportación económica en dinero que ha de proporcionar el asegurado a la aseguradora por cubrir el riesgo a fin de que cuando ocurra un siniestro exista la posibilidad de pagar la indemnización correspondiente.

La prima deberá ser pagada al momento de celebrarse el contrato, si es que las partes no pactan algo distinto, por lo que se refiere al primer periodo del seguro. **Se entiende por periodo del seguro el lapso por el cual resulte calculada la prima.** En caso de duda se entenderá que el periodo es de un año.

Cabe señalar, que la citada prima podrá ser fraccionada en parcialidades (quincenal, mensual, trimestral, etc.) que correspondan a periodos de igual duración; por lo que, si el asegurado opta por pagar su prima en parcialidades, están vencerán al comienzo del periodo que comprenda de conformidad por lo establecido en el artículo 37 de la Ley.

En los seguros de transporte marítimo, terrestre o aéreo, de accidentes personales, riesgos profesionales y los seguros obligatorios, no se podrá convenir el pago fraccionado de la prima.

¿Puede una compañía de seguros rechazar la atención de un siniestro si no he pagado la prima o la fracción de ella?

No, el artículo 35 establece que la aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

¿Qué pasa si no pagué la prima el día establecido?

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 doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Dicho plazo no aplicará a los seguros obligatorios, salvo pacto en contrario.

En el entendido de que la prima se fija considerando determinadas circunstancias o hechos que pudieran aumentar o agravar el riesgo, el asegurado tiene derecho a exigir que se reduzca la prima si las circunstancias o hechos conforme al riesgo han disminuido, para lo cual deberá comunicarlo a la aseguradora.

d) El riesgo y la realización del siniestro

La Ley sobre el Contrato de Seguro menciona que será nulo aquel contrato que, al momento de su celebración, el riesgo hubiese desaparecido o bien el siniestro se hubiese realizado.

Es así, que el artículo 47 señala que “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 aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

Dicho en otras palabras, al momento de llenar la solicitud, el contratante no deberá omitir ninguna circunstancia, ni proporcionar datos inexactos, ya que la Institución de Seguros tiene la facultad de rescindir el contrato, **aunque no haya ocurrido el siniestro o bien las circunstancias del siniestro no tengan nada que ver con la omisión o inexacta declaración.**

En este caso, es recomendable que el asegurado si sufre alguna enfermedad, cambia de trabajo a uno más riesgoso, modifica sus hábitos o cualquier otro hecho que modifique las declaraciones originalmente informadas, notifique a la aseguradora, a efecto de que posteriormente no pueda esgrimirse por parte de ésta las inexactas declaraciones.

Es importante señalar, que la aseguradora deberá informar la rescisión del contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que conozca la omisión o inexacta declaración.

No obstante, lo anterior, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la Institución de Seguros no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- I. Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;



- II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que o ha sido declarado;
- III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
- IV. Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
- V. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato.

Agravación del Riesgo

Como ya vimos en el capítulo 1, la agravación del riesgo es aquella que se produce cuando por acontecimientos ajenos a la voluntad del contratante/asegurado se incrementa la peligrosidad del riesgo, cambiando las circunstancias en que se contrató, como por ejemplo una enfermedad grave, el cambio en una actividad deportiva extrema, el uso de un vehículo, etc.

La agravación del riesgo, se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la aseguradora habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

Por lo anterior, el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro señala que el asegurado deberá comunicar a la institución de seguros las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del contrato, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que las conozca, de lo contrario cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución.

Por su parte, el artículo 58 determina que la agravación del riesgo no producirá sus efectos:

- I.- Si no ejerció influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las prestaciones de la aseguradora;
- II.- Si tuvo por objeto salvaguardar los intereses de la aseguradora o cumplir con un deber de humanidad;
- III.- Si la Institución renunció expresa o tácitamente al derecho de rescindir el contrato por esa causa.
- IV. Se tendrá por hecha la renuncia si al recibir escrito del asegurado comunicando la agravación, la Institución no contesta dentro de los 15 días siguientes

e) Prescripción

La prescripción consiste en la formalización de una situación de hecho por el paso del tiempo, lo que producirá la adquisición o extinción de una obligación. Es decir, una determinada acción puede extinguirse cuando pasa cierto tiempo.

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 se contarán desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

En caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones los plazos anteriores no correrán sino desde el día en que cualquiera de los interesados haya tenido conocimiento de los hechos.

Cabe señalar que cualquier pacto en donde se extienda o abrevie los plazos antes fijados, será nulo.

TITULO II: Contrato de Seguro contra los Daños

a) Disposiciones Generales

El artículo 85 de la **LSCS** establece que todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto de un contrato de seguro contra los daños, generalmente este tipo de seguros va encaminado a cubrir los bienes patrimoniales del contratante/asegurado. En ese sentido, en el seguro contra los daños la institución de seguros responderá solamente por el daño causado hasta el límite de la suma asegurada y del valor real del bien asegurado.

Como ya hemos visto el contrato será nulo si al momento de la celebración la cosa asegurada ha perecido o ya no existe el riesgo, devolviéndole al contratante las primas pagadas a excepción de los gastos de expedición.

¿Qué pasa si el valor del bien asegurado sufre una disminución en el transcurso de la vigencia del contrato o bien se contrata con una suma superior al valor de la cosa asegurada?

Si el valor asegurado sufre una disminución esencial durante el curso del contrato, el contratante tendrá derecho a exigir la reducción de la suma asegurada y de la prima para los periodos posteriores.

Ahora bien, si la suma asegurada es inferior a la cosa asegurada, la Institución responderá de manera proporcional al daño causado.

Cabe señalar, que para fijar la indemnización correspondiente se tendrá en cuenta el valor de la cosa asegurada al momento de la realización del siniestro, para lo cual la Institución de Seguros cuenta con valuadores certificados que realicen dichos estudios.

En algunos casos, las partes podrán fijar expresamente en el contrato un valor convenido, es decir aquella suma asegurada que acuerdan tanto el contratante como la aseguradora para el pago de un siniestro.

El artículo 92 de la **Ley Sobre el Contrato de Seguro** señala que, salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la aseguradora responderá de manera proporcional al daño causado, por ejemplo:

Ahora bien, cuando se celebre un contrato de seguro por una suma asegurada superior al valor real de la cosa asegurada:

Si no hubo dolo o mala fe, el contrato será válido, pero únicamente hasta el valor real de la cosa asegurada. La Institución de seguros no tendrá derecho a las primas por el excedente; pero le pertenecerán las primas vencidas y la prima por el período en curso, en el momento del aviso del asegurado. Si ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho para demandar u oponer la nulidad y exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

b) Concurrencia de Seguros

La concurrencia de seguros sucede cuando un mismo objeto está protegido por varios seguros del mismo tipo. Esto daría a su propietario la posibilidad de recibir en caso de percance una compensación que superaría el valor real del objeto y, por lo tanto, existiría un lucro para el asegurado.

En el seguro de daños, cuando ocurre un siniestro cada aseguradora solo pagará la parte proporcional que le corresponda. Es decir, **las indemnizaciones que desembolsarán las distintas pólizas sumadas no sobrepasarán el valor del objeto** para que el asegurado no pueda enriquecerse indebidamente.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro también establece en su artículo 100 que, cuando se contrate con varias instituciones un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada una de las compañías de seguros, la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito o indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas. En caso de que el asegurado no diera el aviso, las Instituciones se liberarán de la obligación de pago en caso de siniestro.

c) Subrogación de derechos

La subrogación es un término legal empleado en Derecho relacionado con la delegación o reemplazo de competencias hacia otros, por lo tanto, se define como el negocio jurídico mediante el cual una persona sustituye a otra en una obligación.

Ahora bien, en materia de seguros la subrogación tiene lugar cuando una institución de seguros conserva el derecho a recuperar el monto pagado (suma asegurada o indemnización) de cualquier tercera parte en contra de quien el asegurado tiene el reclamo.

La Ley establece que la aseguradora se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que, por causa del daño sufrido, correspondan al asegurado.

La Subrogación de Derechos tiene tres variantes: Artículo 111

La aseguradora podrá liberarse de sus obligaciones si la subrogación es impedida por el asegurado

Cuando el daño fuera indemnizado solo por una parte, tanto el asegurado como la institución harán valer sus derechos en la proporción que les corresponda

No procederá cuando el asegurado tenga relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado con la persona que haya causado el daño o si es civilmente responsable de la misma

La aseguradora podrá adquirir los efectos salvados, siempre que abone al asegurado su valor real según estimación pericial.

¿De qué manera me puede indemnizar la aseguradora al ocurrir un siniestro?

- En efectivo
- Reparando
- Reponiendo

d) Valuación de Daños

La Valuación del Daño es la estimación del valor económico de la pérdida o quebranto sufrido por el asegurado en sus bienes o patrimonio como consecuencia del acontecimiento previsto en el contrato.

La institución de seguros y el asegurado podrán exigir que el daño sea valuado inmediatamente y, en caso de que el asegurado no se encuentre satisfecho con el resultado de la Valuación, ambas partes podrán nombrar un perito para realizar la valuación. Si no se logran poner de acuerdo con el perito, éste será designado por una autoridad judicial. Cabe señalar que, cualquier convenio que prohíba a las partes o a sus causahabientes la intervención de peritos en la valorización del daño será nulo. Los gastos por la valuación estarán a cargo de los contratantes por partes.

Así, por ejemplo, como consecuencia de los sismos ocurridos en el 2017, las aseguradoras y las aseguradoras tuvieron que recurrir a la realización de las valuaciones de las pérdidas en los inmuebles afectados, a fin de determinar las indemnizaciones correspondientes.

e) Ramos de la Operación de Daños

En esta sección analizaremos brevemente cada uno de los ramos que conforman la operación de Daños



1. Seguro contra Incendio

En el seguro contra incendio, la institución de seguros contrae la obligación de indemnizar los daños y pérdidas causadas ya sea por incendio, explosión, fulminación o accidente de naturaleza semejante.

Salvo pacto en contrario, la aseguradora no responderá de los daños o pérdidas causados por la acción del calor ya que debe existir un incendio o principio de incendio de por medio. Cabe señalar que, para este tipo de seguros, la aseguradora responderá únicamente por daños materiales.

¿Qué pasa si un objeto desaparece o se funde a consecuencia del incendio? El artículo 126 establece que, a pesar de cualquier estipulación en contrario, la aseguradora responderá de la pérdida o de la desaparición de los objetos asegurados que sobrevenga durante el incendio, a no ser que demuestre que se derivan de un robo.

En el seguro contra incendio, se entenderá como **valor indemnizable**:

Para las mercancías y productos naturales, el precio corriente en plaza

Para los edificios, el valor local de construcción, deduciéndose las disminuciones que hayan ocurrido después de la construcción; pero si el edificio no se reconstruyere, el valor indemnizable no excederá del valor de venta del edificio

Para los muebles, objetos usuales, instrumentos de trabajo y máquinas, la suma que exigiría la adquisición de objetos nuevos, tomándose en cuenta al hacer la estimación del valor indemnizable los cambios de valor que realmente hayan tenido los objetos asegurados.

2. Seguro de provechos esperados y de ganados

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tienen por objeto el pago de indemnizaciones o resarcimiento de inversiones, por los daños que sufran los asegurados por pérdidas parciales o totales de los provechos esperados de la tierra (siembra) o por muerte, pérdida, o daños ocurridos a sus animales. Dicho en otras palabras, son seguros que cubren los riesgos agrícolas, ganaderos o forestales.

En los daños causados por el granizo, el aviso de siniestro debe darse dentro de las 24 horas siguientes a su realización, sin embargo, la valuación de los daños podrá, con acuerdo entre las partes, aplazarse hasta la cosecha.

En el seguro contra la enfermedad o muerte de los ganados, la asegura se obliga a indemnizar los daños que de esos hechos se deriven. El valor del interés por la muerte será igual al valor de venta del ganado al momento del siniestro y en caso de enfermedad, el valor será el daño que directamente se realice, sin embargo, si no existe el cuidado necesario con el ganado la aseguradora quedará libre de sus obligaciones.

3. Seguro de transporte terrestre

El seguro de transporte terrestre se encuentra regulado en los artículos 138 a 144 de la Ley en comento.

Este seguro se puede definir como aquel que ampara el traslado de mercancías efectuados por el asegurado, contra la pérdida o daño material causados directa o accidentalmente por riesgos que sufra el vehículo transportador.”

Conforme al artículo 141 de la LSCS, la póliza del seguro de transporte, además de los requisitos establecidos en el artículo 20, deberá indicar:

- La empresa o persona que se encargue del transporte
- Las calidades específicas de los efectos asegurados, con expresión del número de bultos y de las marcas que tuvieren
- El punto en donde se hubieren de recibir los géneros asegurados, y el en que deben entregarse

Cabe señalar que no sólo los dueños de las mercancías transportadas pueden asegurarlas, sino toda persona física o moral que tenga un interés o responsabilidad en su conservación.

El seguro de transporte comprenderá los gastos necesarios para el salvamento de los objetos asegurados.

4. Seguro contra la responsabilidad

La Ley establece que, en el seguro contra la responsabilidad, la aseguradora se obliga hasta el límite de la suma asegurada a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.

El seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro. (Artículo 147)

En caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria.

¡Importante!

Ningún reconocimiento de adeudo, transacción o cualquier otro acto jurídico de naturaleza semejante, hecho o concertado sin el consentimiento de la aseguradora será válido. Dicho en otras palabras, la confesión de un hecho no puede ser considerada como el reconocimiento de una responsabilidad. (Artículo 148)

Los seguros de responsabilidad que por disposición legal tengan el carácter de obligatorios, no podrán cesar en sus efectos, rescindirse, ni darse por terminados con anterioridad a la fecha de terminación de su vigencia.

Cuando la aseguradora indemnice a un tercero a causa de un daño previsto en el contrato y compruebe que el contratante incurrió en omisiones o inexactas declaraciones de los

hechos o en agravación esencial del riesgo, estará facultada para exigir directamente al contratante el reembolso de lo pagado.

5. Seguro de caución

El Capítulo VI (artículos 151 a 161) de la Ley en estudio, contempla el seguro de caución, el cual es un producto de reciente aparición en el mercado y en la regulación mexicana a raíz de la entrada en vigor de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), publicada en el DOF el 4 de abril de 2015, y siempre se otorgará por una compañía de seguros autorizada para tal efecto, excluyendo en todo momento las obligaciones relacionadas con contratos de naturaleza financiera.

Se puede decir que es un contrato de garantía cuyo fin es asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en un convenio principal del cual surgen compromisos a cargo del contratante del seguro en favor del asegurado. En caso de que el contrato principal no se cumpla, la Aseguradora se obliga a indemnizar a título de resarcimiento o penalidad los daños patrimoniales sufridos, dentro de los límites previstos en el contrato, en donde el interés asegurable es el contenido económico a favor del asegurado.

Es una garantía que podrá ser muy útil para la Administración Pública Federal y las grandes y medianas empresas privadas para conceder determinados proyectos de suministro, ejecución o gestión de obra, entre otros, ya que, de esa forma, cuentan con un respaldo económico adicional y mayor que el que pueden tener con el propio proveedor.

Este tipo de seguro apenas comenzó a operar hacia octubre de 2018 y el valor de las primas emitidas a marzo de 2020, ascendió a 107 millones de pesos, lo que si bien apenas significa el 0.1% del valor total de las primas emitidas del Sector Asegurador, mostró un crecimiento del 47% respecto a lo reportado en el mismo periodo del año 2019.

Más adelante, se analizará más a detalle el seguro de caución y su analogía con la fianza.

TITULO III. Disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas

El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital. Art. 162 La existencia del interés asegurable en el seguro de personas lo podemos encontrar en que el asegurado tiene el interés de salvaguardar su patrimonio cuando sobrevenga una enfermedad, o de igual forma el interés asegurable que pueda haber en el seguro de vida cuando el asegurado pretende conservar para su beneficio el estado de vida que tenía.

Este seguro puede ser dividido en cuatro grandes rubros que son:

- Seguro de vida
- Seguro de accidentes y enfermedades
- Seguro de salud
- Seguro de pensión



La póliza del seguro sobre las personas, además de los requisitos del artículo 20 de la LSCS, deberá contener lo siguiente:

- El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro.
- El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado
- El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas
- En su caso, los valores garantizados.

¿Qué son los valores garantizados?

Los valores garantizados son una modalidad en ciertos seguros de vida, en los cuales, al cabo de un tiempo, cuando el pago de las primas ha tenido un rendimiento, el asegurado puede disponer de ese beneficio eligiendo una de las siguientes formas: valor de rescate, seguro saldado, seguro prorrogado o pedir préstamos o avances, de acuerdo con el cuadro de Valores Garantizados que debe formar parte de las condiciones de la póliza.

En los seguros de vida individuales la prima que paga el asegurado está compuesta de dos partes; una parte llamada “prima de riesgo” que sirve para hacer frente a los siniestros del año, y otra cantidad que acumulada y considerando intereses financieros y la supervivencia, sirve para constituir la “reserva matemática”.

La reserva matemática es una suma anticipada para cubrir riesgos futuros. Luego de transcurrido un plazo, que generalmente es de 3 años desde la celebración del contrato y hallándose el asegurado al día en el pago de las primas, puede hacer uso de ella en diferentes formas:¹

Cancelar la cobertura a cambio de un porcentaje de la reserva matemática acumulada conocida como RESCATE

Continuar cubierto dejando de pagar las primas con una suma asegurada menor (seguro saldado) o por un plazo menor (seguro prorrogado)

Usar la reserva a través de un préstamo, pagando una tasa de interés que se especifica en la póliza; si el préstamo no se devuelve, la suma asegurada se reducirá

En los seguros de vida el asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la aseguradora, pudiendo existir uno o varios beneficiarios dentro de un contrato de seguro.

Designación de beneficiarios

El beneficiario es quien percibe la indemnización en los casos previstos por la póliza. Suele tener un vínculo común de intereses personales, familiares o económicos con el asegurado o con el contratante.

¹ Curso Ley Sobre el Contrato de Seguro. Octubre noviembre 2019. IMESFAC



En cualquier momento el asegurado podrá nombrar o modificar libremente el derecho que tiene a designar beneficiarios.

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 institución de seguros. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

En caso de fallecimiento del asegurado, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones pagando con base en la última designación de beneficiarios.

Designación de beneficiarios a cónyuge e hijos

Si el asegurado designa como beneficiario a su cónyuge o a sus descendientes, el derecho derivado de la designación de beneficiario y el del asegurado no serán susceptibles de embargo, ni de ejecución por concurso o quiebra del asegurado. (Artículo 180)

Es de destacar que, si el derecho del seguro se atribuye conjuntamente como beneficiarios, a los descendientes que sucedan al asegurado y al cónyuge que sobreviva, se atribuirá una mitad a éste y la otra a los primeros según su derecho de sucesión. (Artículo 185) Esta regla aplicará en caso de que el asegurado no haya establecido la forma de distribución del seguro.

Beneficiario irrevocable

Es aquél con derecho adquirido a los beneficios procedentes de la póliza de seguro de vida; derecho que, para ser cancelado por dueño de la póliza, requiere la autorización del beneficiario.

Muerte del beneficiario durante la vigencia

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación del nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. Si existen varios beneficiarios y uno fallece, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás. (Artículos 175 y 188)

Homicidio del asegurado por el beneficiario

El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra el asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro no será pagado pero los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática. (Artículo 196)

El contrato de seguro de vida para menores

El seguro de vida de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, para el caso de riesgo de muerte, es nulo. La aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. (Artículo 168)

Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal para continuar el seguro de otra forma el contrato será nulo. (Artículo 169)

Inexactitud en la edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la aseguradora 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 aseguradora, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. (Artículo 171)

Conforme al artículo 172 de la LSCS, si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

Si...	...entonces...
Si la prima es menor de la que corresponde a la edad real	La suma asegurada 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
La suma asegurada ya se pagó y fue menor a la que correspondía	tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la prima estipulada y la prima de tarifa incluyendo los intereses respectivos
A consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real	Se reembolsará 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 posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad
Después de 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	Se pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Es importante subrayar que, conforme al artículo 173 de la Ley objeto de estudio, si en el momento de celebrar el contrato de seguro o con posterioridad, el asegurado presenta a la aseguradora pruebas fehacientes de su edad, la institución lo establecerá en la póliza o le emitirá un endoso y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que indemnizar el fallecimiento del asegurado.

Suicidio del asegurado

La aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la aseguradora reembolsará únicamente la reserva matemática.

Seguro de accidentes

En el seguro contra los accidentes deberá pagarse siempre que el accidente cause al asegurado una disminución en su capacidad para el trabajo que deba estimarse como permanente. (Artículo 200)

Seguro Popular y Seguro de Grupo

En ambos casos, el asegurado tendrá la obligación de pagar las primas correspondientes al primer año; y se podrá pactar la suspensión de los efectos del seguro o la rescisión de pleno derecho para el caso en que no se haga oportunamente el pago de las primas.

En **el seguro popular** la aseguradora se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurado, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. (Artículo 201)

En **el seguro de grupo o de empresa**, la aseguradora se obliga por la muerte o la duración de la vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo grupo o empresa, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. (Artículo 202)

CAPÍTULO VI. ORDENAMIENTOS DE ALCANCE GENERAL EN SEGUROS.

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

El presente ordenamiento se publicó el 20 de julio de 2009, en el Diario Oficial de la Federación. Consta de 24 artículos y es utilizado para la celebración del seguro de grupo o empresa, así como del seguro colectivo previstos en los artículos 199 y 202 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que, las instituciones de seguros y sociedades mutualistas se regirán por lo previsto en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la Ley sobre el Contrato de Seguro y el presente Reglamento.

Para efectos del Reglamento en comento, se entenderá por:

Grupo o Colectividad

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.

Seguro de Grupo

Contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la operación de vida.

Seguro Colectivo

Contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades.



Corresponde a la SHCP, en el ejercicio de sus atribuciones legales, interpretar y resolver, para efectos administrativos, las disposiciones que se emitan respecto a éste, mientras que la CNSF, 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.

En los seguros grupales o colectivos el responsable del pago de la prima será el contratante del seguro, sin embargo, los integrantes de dicho grupo o colectividad en su carácter de asegurados podrán realizar el pago de la prima.

La Siniestralidad favorable es cuando la aseguradora pagó menos por siniestros ocurridos que lo que generó en primas.

¿Qué son los Dividendos?

Monto que corresponde 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.

Los seguros grupales o colectivos otorgan dividendos cuando se tenga una siniestralidad favorable, dichos dividendos se otorgarán con base en lo siguiente:

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.

Deberá estar establecido en la póliza al momento de su contratación.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la póliza

Experiencia Global

Cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia.

Deberá estar establecido en la póliza al momento de su contratación.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.

Los dividendos solo podrán calcularse con base a la utilidad que resulte entre los ingresos por las primas pagadas devengadas y las indemnizaciones derivadas de los siniestros ocurridos.

El formato de solicitud que proporcione la Aseguradora para celebrar el contrato de Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá contener la siguiente información:

- ✓ Operación de seguro de que se trate y naturaleza del riesgo por asegurar.



- ✓ Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro.
- ✓ Características particulares o especiales del Grupo o Colectividad que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante.
- ✓ Sumas aseguradas para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarla.
- ✓ Participación con la que, en su caso, los Integrantes del Grupo o Colectividad contribuirán al pago de la prima.
- ✓ Declaración sobre la existencia de circunstancias para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios Integrantes del Grupo o Colectividad.
- ✓ 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.

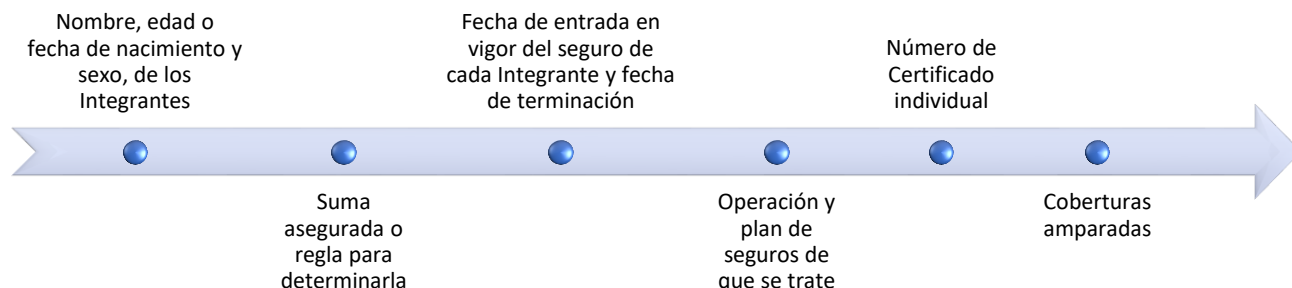
Las Aseguradoras que cubran el riesgo de fallecimiento, deberán contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los Integrantes del mismo, previo a su incorporación al Grupo, y deberá contener:

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

Cabe señalar que el contratante no podrá ser designado como beneficiario salvo que el contrato de seguro sea:

- ✓ Para garantizar créditos concedidos por éste y sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente;
- ✓ Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o
- ✓ Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

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:



A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia del registro anteriormente descrito.

Además de los requisitos que correspondan conforme a lo previsto en el [artículo 164](#) 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:

- Las características del Grupo o Colectividad asegurado
- La prima de tarifa o regla para determinarla para cada Integrante del Grupo o Colectividad, y participación con la que contribuirá al pago de la prima
- Sumas aseguradas para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarlas
- 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
- La transcripción del texto que resulte aplicable de los artículos 17 a 21 de este Reglamento.

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, así como el procedimiento mediante el cual el Contratante cumplirá con dicha obligación, respecto de lo siguiente:

- El ingreso al Grupo o Colectividad de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.
- La separación definitiva de Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado.
- Cualquier cambio en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo.
- Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento.

La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo establecido en el artículo 16 inciso I del Reglamento.

Los certificados deberán contener:

- Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- Nombre del Contratante;
- Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- 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.

Adicionalmente, a los puntos antes descritos se debe colocar la transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento y 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 con el seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento.

La Aseguradora, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:

- Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
- Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información contenida en el certificado.

Cabe mencionar, que los artículos 17 y 18 del Reglamento, antes citados, establecen los requisitos y condiciones para el ingreso de nuevas personas al grupo o colectividad y separación de asegurados, conforme lo señalan los artículos siguientes:

Artículo 17

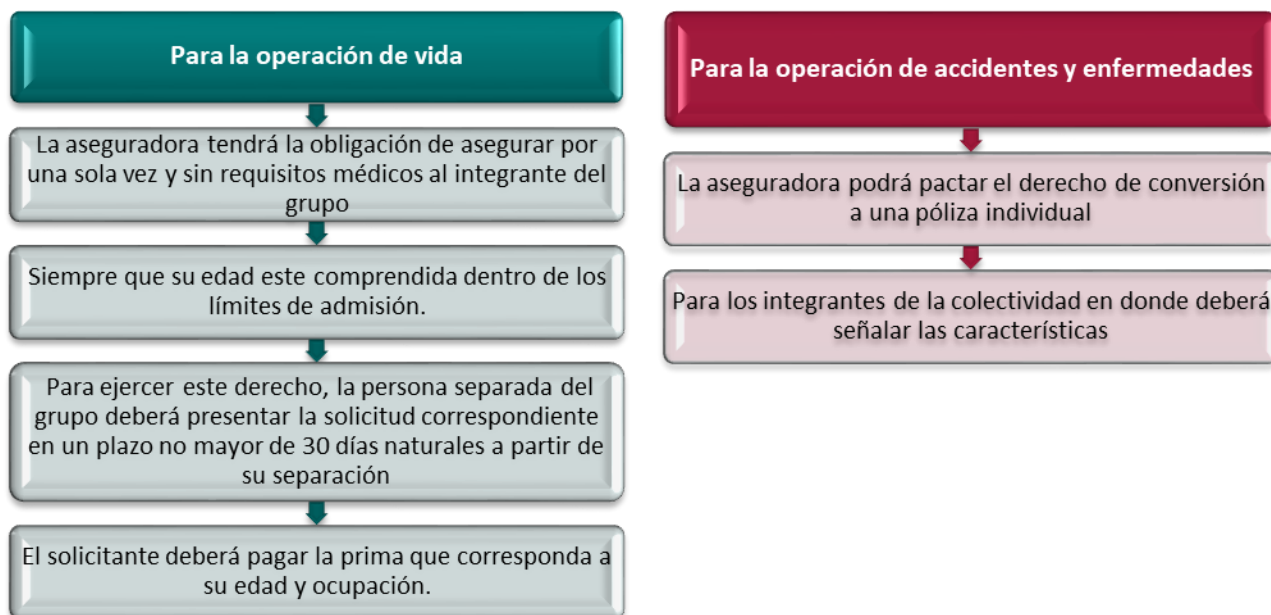
- Las personas que ingresen al grupo o colectividad después de la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso quedarán aseguradas bajo las mismas condiciones que el resto de la colectividad.
- Si el consentimiento se obtuvo después de los 30 días, la aseguradora podrá exigir requisitos médicos para asegurarlas, para lo cual tendrá 30 días naturales para hacerlo.

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 devolverá la parte de la prima no devengada de los Integrantes

Cuando el objeto sea otorgar una prestación laboral se deberá dar cumplimiento con lo siguiente:

Para los seguros de grupo y colectivos, cuando exista cambio de contratante, la aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes.



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.



4. Circular Única de Seguros y Fianzas

La Circular Única de Seguros y Fianzas se emitió conforme a lo establecido en la Sexta de las Disposiciones Transitorias del Artículo Primero del “Decreto por el que se expide la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley sobre el Contrato de Seguro”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de abril de 2013, el cual determina que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá emitir las disposiciones a que se refiere la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En ese sentido, la Circular Única de Seguros y Fianzas es la norma que contiene las disposiciones derivadas de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que dan operatividad a sus preceptos y sistematizan su integración, homologando la terminología utilizada, a fin de brindar con ello certeza jurídica en cuanto al marco normativo al que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, instituciones de fianzas y demás personas y entidades sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas deberán sujetarse en el desarrollo de sus operaciones.

Dicha circular consta de **41 numerales** mismos que cubren diversos temas, siendo los más destacados los siguientes:

- Solicitud y otorgamiento de autorizaciones
- Gobierno corporativo
- Productos de seguros y de las notas técnicas
- Uso de medios electrónicos para la operación de seguros y fianzas
- Comercialización de productos de seguros de adhesión a través de medios electrónicos
- Reservas técnicas
- Reaseguro, reafianzamiento y otros mecanismos de transferencia de riesgos y responsabilidades
- Garantías de recuperación
- Operación de los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social
- Operación de los seguros de salud
- Operación de los seguros de crédito y de caución
- Liquidación de instituciones y sociedades mutualistas
- Agentes de seguros y de fianzas
- Ajustadores de seguros



Folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios

Uno de los temas relevantes en la Circular, es el del folleto de los derechos básicos de los contratantes el cual nace del artículo 200, fracción IV de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en donde las aseguradoras deberán elaborar un folleto que establezca los derechos básicos de los contratantes, asegurados o beneficiario, mismo que se deberá entregar al contratante junto con la póliza de seguro al momento de la contratación de un producto.

El cual deberá contener, cuando menos, lo siguiente:

Los derechos antes y durante la contratación del seguro:

Solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales

Solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF

Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato

Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado

Los derechos cuando ocurra el sinistro:

Recibir el pago de la suma asegurada aunque la prima del seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima

La reinstalación de la suma asegurada en los seguros de daños previa aceptación de la Institución de Seguros y a solicitud del asegurado, quien deberá pagar la prima correspondiente

Saber que en los seguros de automóviles, la Institución de Seguros puede optar por reparar el vehículo asegurado o cubrir la indemnización, haciendo del conocimiento expreso del asegurado o beneficiario las bases, criterios a seguir y las opciones del asegurado

Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas

Solicitar a la CONDUSEF, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje

Conocer, a través de la CONDUSEF, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida)

Por ejemplo: En el caso de los folletos **del ramo salud**, deberán contener:

- Descripción clara y precisa del producto contratado, así como de la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios.



- La política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados.
- Contar con un suplemento que incluya todas las clínicas y hospitales para la atención de sus asegurados, señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General.
- Nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado, y otros prestadores de servicios que podrán ser utilizados por éste.
- La unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones (UNE).
- Establecer el mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

Cabe señalar, que la Circular Única de Seguros y Fianzas contempla los formatos de los diferentes tipos de seguros básicos estandarizados siendo los siguientes:

- Fallecimiento, en la operación de vida
- Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades
- Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades
- Salud, en la operación de accidentes y enfermedades
- Salud dental, en la operación de accidentes y enfermedades
- Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles

3. Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros.

El objetivo de estas disposiciones es definir las actividades que se apartan de las sanas prácticas y usos relativos al ofrecimiento y comercialización de las operaciones y servicios de las instituciones de seguros, así como la transparencia y la publicidad de estos, buscando en todo momento la adecuada protección de los intereses del público.

El presente ordenamiento nace del artículo 197 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, donde se establece que la CONDUSEF emitirá las Disposiciones de carácter general, en las que se definan las actividades que se aparten de las sanas prácticas, aplicables a las instituciones de seguros, y usos relativos al ofrecimiento y comercialización de las operaciones y servicios financieros, buscando en todo momento la adecuada protección de los intereses del público.

Las DISPOSICIONES se componen de 9 capítulos y 28 artículos.



En ellas se explican las actividades que se apartan de las sanas prácticas y usos relativos al ofrecimiento y comercialización de las operaciones y servicios de productos de seguros conforme a lo siguiente:

- a. Las instituciones de seguros no pueden condicionar las promociones con requisitos que no estén previstos en la propia oferta, exceptuando la mención de las siguientes frases "aplican restricciones", "sujeto a términos y condiciones" o "consultar en: (www.instituciondeseguros.com o número telefónico)".
- b. Al promocionar sus productos, las aseguradoras no deben proporcionar al Usuario información engañosa o que induzca a error.
- c. Ofrecer servicios de asistencia como si se tratara de productos de seguro.
- d. Introducir en los productos de seguros condiciones que no concuerden con las ofertada publicitadas o comercializadas.
- e. Negar a los Usuarios que lo soliciten, la documentación contractual previo a su contratación.
- f. Negar a los Usuarios la atención o contratación de algún producto, por razones de género, raza, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, etc.
- g. Negar la contratación de un producto de manera directa, salvo que se trate de un tema de selección de riesgo.
- h. Negarse a vender, a solicitud de un Usuario un producto básico estandarizado o, en su caso, de manera intencional establecer condiciones encaminadas a dificultar su contratación.
- i. Cuando se haya adquirido un producto a través de medios electrónicos o alternos diferentes a la firma autógrafa y la institución de seguros no le indique que por el mismo medio podrá cancelar el seguro.
- j. Incluir en las condiciones generales la liberación de responsabilidades a cargo de las instituciones de seguros, cuando el incumplimiento de dichas obligaciones sea por causas imputables a las propias instituciones de seguros.
- k. Abstenerse de entregar al usuario el folleto explicativo del producto contratado.
- l. Abstenerse de proporcionar al Usuario información de las principales características del producto de seguros, entre otras, las consecuencias de la rehabilitación, vigencia del producto, salvamentos y renovación automática.
- m. Negar o retrasar el trámite de cancelación del contrato sin que exista causa justificada o la posibilidad de cancelar el contrato por la misma vía por la cual fue contratado.
- n. Utilizar argumentos e información carente de veracidad, tendientes a manipular la contratación de un producto de seguro.
- o. Omitir o retrasar la entrega de la documentación que avala la contratación del producto de seguro.
- p. Omitir o retrasar la entrega de la documentación que avala la contratación del producto de seguro.
- q. Abstenerse de informar las condiciones para el pago de la prima del seguro, tales como el medio, la frecuencia y el lugar del pago, así como las consecuencias de omitir dicho pago en cuanto a los efectos del contrato de seguro.



- r. No informar al usuario, si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, su derecho de solicitar la rectificación correspondiente dentro de los treinta días posteriores al día en que reciba la Póliza.
- s. No contar con información relativa al lugar y horarios en donde los clientes podrán realizar diversas operaciones.
- t. No proporcionar el folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios.
- u. No informar al Usuario que puede tener acceso al contrato de seguro que le es puesto a su disposición, a través del RECAS.

¿También aplica para aquellos que contratan seguros por teléfono?

No, para ventas de seguros por teléfono las instituciones no pueden hacer lo siguiente:

- Inducir al Usuario a la contratación del seguro mediante engaños
- Proporcionar información incompleta o que induzca al error
- No informar al Usuario en los productos de seguros de gastos médicos y accidentes personales, que las pólizas podrán contar con una cláusula de preexistencia
- No proporcionar al Usuario el número de póliza
- Negar al Usuario la posibilidad de cancelar por el mismo medio
- No establecer un medio cierto para la entrega de la documentación

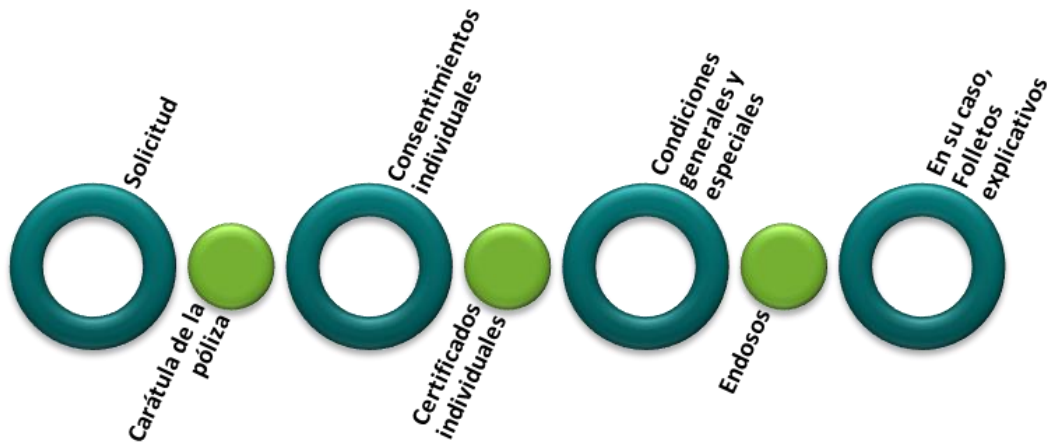
Continuando con la colocación de productos de seguros masivos a través de la venta por teléfono, las instituciones de seguros deberán especificar los términos, características y condiciones del producto a contratar, los requerimientos adicionales dependiendo de la operación del producto, los procedimientos de cancelación y la responsabilidad que tienen las instituciones frente al usuario.

Para que la venta de un seguro por teléfono se formalice, se deberá observar lo siguiente:

- Obtener la respuesta positiva por del Usuario y la institución le proporcionará un folio de cuatro dígitos para confirmar dicha respuesta, los cuales deberán ser tecleados por parte del Usuario como confirmación de la venta
- Una vez confirmada la venta, se debe enviar al Usuario un mensaje de texto (SMS) y/o correo electrónico que debe incluir una descripción completa del producto que está contratando, así mismo se deberá informar que el usuario cuenta con 48 horas para cancelar el producto sin responsabilidad a su cargo y el medio por el cual puede hacer válida la cancelación
- Dentro del contenido de dichos mensajes deberá existir un enlace electrónico (*link*) para que el Usuario con su clave de confirmación pueda acceder a las características particulares del producto contratado
- Una vez transcurridas las 48 horas se deberá informar al Usuario que la póliza ha quedado activa y que la documentación le será entregada en los términos convenidos, en un plazo no mayor a treinta días naturales

- En caso de que el Usuario decida cancelar el seguro dentro del primer mes de vigencia, la institución de seguros deberá cancelarlo en el mismo momento en que el Usuario así lo solicite y reintegrar el costo de la prima dentro de los 5 días hábiles siguientes

El artículo 6 de las Disposiciones señala que un contrato de adhesión está integrado por:



Cuando las instituciones de seguros citen preceptos legales en los documentos contractuales, deberán poner a disposición del Usuario un anexo para consulta de tales preceptos o indicar el lugar donde podrá consultarlo, ya sea en medio impreso, electrónico o por medio de un anexo registrado en el RECAS.

Las instituciones de seguro deberán agregar en la solicitud de seguro, la carátula de póliza y las condiciones generales, además de lo previsto en las demás leyes aplicables, los siguientes elementos:

Solicitud

- Una leyenda referente a que el producto cuenta con exclusiones y limitantes, y el lugar en donde se pueden consultar
- Datos de la UNE, tales como domicilio, teléfono y correo electrónico
- Número de registro en el RECAS
- Un anexo para consulta del significado de abreviaturas de uso no común o indicar el lugar donde podrá consultarlo

Carátula de póliza

- Una leyenda que invite al asegurado a consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza, y el lugar en donde las puede consultar
- Datos de la UNE, tales como: domicilio, teléfono y correo electrónico
- Datos de contacto de la CONDUSEF, tales como: domicilio, teléfono y correo electrónico
- Número de registro en el RECAS
- Un anexo para consulta del significado de abreviaturas de uso no común o indicar el lugar donde podrá consultarlo

Condiciones Generales

- Número de registro en el RECAS
- Datos de la UNE, tales como: domicilio, teléfono y correo electrónico
- Datos de contacto de la CONDUSEF, tales como: domicilio, teléfono y correo electrónico
- Un anexo para consulta del significado de abreviaturas de uso no común o indicar el lugar donde podrá consultarlo

Adicionalmente, en materia de transparencia se debe observar lo siguiente:

a. Cuando el usuario presenta una solicitud de aclaración o inconformidad:

- Deberá presentarla en el domicilio de la institución de seguros o bien, en la UNE
- Mediante escrito, correo electrónico o cualquier otro medio por el que se pueda comprobar su recepción
- La institución de seguros estará obligada a acusar de recibo.

b. Cuando el usuario solicita la cancelación o terminación anticipada del contrato, salvo los seguros que no permitan su cancelación:

- La presentación se debe hacer por escrito o por cualquier medio que se hubiera pactado al momento de su contratación
- Presentarlo en las oficinas de la institución de seguros
- La institución debe cerciorarse de la autenticidad del usuario que formula la solicitud
- Deberá proporcionar acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.



c. Cuando la institución de seguros dé por terminado anticipadamente el contrato, salvo los seguros que no permitan su cancelación:

- Se notificará al Usuario por cualquier tecnología o medio de los previstos en el contrato.
- Dicha terminación surtirá efecto a los quince días naturales posteriores de haber sido notificada.

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros

- Las instituciones de seguros, una vez obtenido el registro ante la CNSF, deberán inscribir ante la CONDUSEF los modelos de Contratos de Adhesión en el mismo formato en el que se entrega al Usuario.
- El registro de un contrato en el RECAS no implica que se encuentre avalado en cuanto a su contenido por la CONDUSEF, por lo que, ésta podrá solicitar a las instituciones de seguros, su modificación en cualquier momento.
- La CONDUSEF, previa audiencia que se otorgue a la institución de seguros, podrá ordenar, mediante notificación, que se modifiquen los modelos de Contratos de Adhesión, a fin de que se ajusten a las leyes y disposiciones aplicables.
- Conforme a lo anterior, las instituciones de seguros deberán actualizar los Contratos de Adhesión en el RECAS dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que hayan actualizado su registro ante la CNSF.

De la Publicidad

La Publicidad que se le proporcione al Usuario respecto a los productos que ofrecen las instituciones de seguros deberá ser clara, veraz y oportuna, a efecto de promover la sana competencia entre las mismas.

La página de internet deberá contener:

Requisitos y modalidades para la contratación del producto y moneda.

Los números telefónicos y correo electrónico de la UNE de la institución de seguros

Datos de contacto de la CONDUSEF, incluyendo teléfono y página de Internet

Explicación de abreviaturas de uso no común que se utilicen, a fin de facilitar el entendimiento y lectura del público

a. La Publicidad no deberá:

- Ser engañosa, falsa u omisa.
- Favorecer a la institución de seguros a expensas de un tercero.

- Inducir a error o confusión, con respecto a productos propios o de terceros.
- Incluir comparaciones falsas.

b. En la Publicidad las instituciones deberán:

- Vigilar que las características del producto concuerden con lo establecido en el Contrato.
- Señalar los requisitos que deben cumplir los Usuarios para tener acceso a los beneficios ofertados.
- Señalar los requisitos que deben cubrir para su contratación.
- Si el producto cuenta con alguna promoción, establecer su vigencia.

c. Cuando se publicite seguros por teléfono:

- La persona que realice la llamada deberá identificarse y preguntar si desea que le ofrezcan determinado producto.
- Si la persona contesta que no, la institución deberá abstenerse de ofrecer el producto durante un año.
- Si contestó que sí la institución deberá indicarle los términos y condiciones para su contratación.
- Las instituciones se abstendrán de realizar cualquier comunicación promocional a los Usuarios inscritos en el REUS (Registro de Usuarios que no deseen que su información sea utilizada para fines mercadotécnicos o publicitarios).

Registro de Tarifa de Seguros Básicos Estandarizados

Las instituciones de seguros, de conformidad con lo establecido con el artículo 208 de la LISF, deberán registrar y/o actualizar las tarifas que cobran de los productos básicos estandarizados que ofertan, así mismo deberán tener actualizados los teléfonos de contacto y de correo electrónico donde los interesados podrán obtener información por parte de la institución de seguros.

Cabe señalar que cada institución es responsable de la información que se encuentra en el Registro de Tarifas de seguros Básicos Estandarizados (**RESBA**), por lo que, en caso de que un Usuario presente una reclamación al respecto, podrá requerir a la institución de seguros de que se trate, a fin de que ésta se apegue a las condiciones y tarifas ofrecidas, o bien que no se niegue la contratación del seguro que corresponda, salvo que se deba a un supuesto de suscripción del producto o selección del riesgo.

De las Sanciones

Cuando las instituciones de seguros incumplan lo establecido en los artículos 3, 4 y 5: Se sancionará en términos del artículo 94, fracción XVII, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Tratándose de todos los demás artículos: Se sancionarán en términos de lo previsto en el artículo 94, fracción XIV, inciso b) y XV de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4. Disposiciones de carácter general para el registro de contratos de adhesión de seguros.

Estas disposiciones tienen su origen en el artículo 204, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), donde se establece que las Instituciones de Seguros deberán remitir a la CONDUSEF, los modelos de Contratos de Adhesión que utilizan en la comercialización y formalización de sus productos de seguros, a fin de integrar un Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) que pueda ser consultado por el público en general.

Las citadas DISPOSICIONES se encuentran divididas conforme a lo siguiente:

- CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES
- CAPÍTULO II. DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL RECAS Y DE LAS OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS
- CAPÍTULO III. DE LAS CONSULTAS PARA LA APLICACIÓN DE LAS DISPOSICIONES
- CAPÍTULO IV. DE LAS SANCIONES
- El objeto de estas disposiciones es establecer la organización y el funcionamiento del **RECAS**, así como las obligaciones que deben cumplir las Instituciones de Seguros para registrar los Contratos de Adhesión de Seguros respecto de los productos que utilizan para la celebración de sus operaciones.
- El RECAS, es una herramienta Informática que permite a las Instituciones de Seguros registrar los contratos de adhesión de sus productos, a fin de que el público en general pueda consultar aquellos que son de su interés previamente, durante o después de haberlos firmado.
- El RECAS está ubicado en la página de Internet de CONDUSEF www.condusef.gob.mx y contiene información proporcionada por las Instituciones de Seguros respecto a:

El tipo de:

- Operación
- Ramo
- Producto
- Nombre o nombres comerciales del seguro que ofertan al público



Los formatos de la documentación contractual consistente en:

- La solicitud
- La carátula de la póliza
- Las condiciones generales y especiales
- Los folletos de derechos básicos de los contratantes
- En su caso, los endosos
- Los consentimientos individuales
- Los certificados individuales

Solo las instituciones de seguros autorizadas por la CNSF deberán registrar en el RECAS los modelos de Contratos de Adhesión de Seguros, previamente a la comercialización del producto.

En caso de que las Instituciones de Seguros no utilicen Contratos de Adhesión de Seguros, deberán informar dicha situación a la CONDUSEF a través del RECAS, por una sola vez, siempre y cuando no cambie dicha situación comercial.

Si en el transcurso del tiempo un producto sufre alguna modificación en su contenido, las compañías de seguro deberán actualizar dichos Contratos de Adhesión en el RECAS.

En primera instancia y con la finalidad de dar cumplimiento a las DISPOSICIONES, las Instituciones de seguros deberán apegarse a los procedimientos establecidos en el Manual de Operaciones, el cual se encuentra dentro del sistema del RECAS.

Para acceder al RECAS <https://phpapps.condusef.gob.mx/recas/>

¿Qué es el manual de operaciones?

Es el documento que contiene procedimiento para llevar a cabo los procesos de registro, actualización y suspensión de los modelos de Contratos de Adhesión de Seguros.

En dicho manual las Instituciones podrán ver información relativa a:

- Objeto, definiciones y especificaciones técnicas.
- Identificación y administración de la institución.
- Registro de contratos de adhesión.
- Actualización o modificación de documentos.
- Cancelación de los registros de contratos de adhesión.
- Módulo de cambios.
- Impresión de reportes.
- Cierre de sesión.

Es preciso señalar que las instituciones de seguros deben crear un registro por cada producto de seguro que ofrezcan y el procedimiento se tendrá por concluido cuando hayan cargado todos los documentos contractuales, y para dar constancia de lo anterior, el RECAS generará un comprobante de registro, el cual deberá conservar la Institución.

Número de registro

La OCTAVA de las DISPOSICIONES señala como está conformado el número de registro que arroja el sistema una vez que se haya hecho la carga de los documentos, quedando de la siguiente manera:

Este número deberá ser colocado de manera consecutiva al Número de Registro otorgado por la CNSF, mismo que se encuentra posterior a la leyenda de registro de dicha autoridad, quedando de la siguiente manera:



¿Todo lo que se encuentre en el RECAS está revisado por CONDUSEF?

No, el hecho de que se encuentren en el RECAS no implica que los formatos de contratos se hayan revisado y/o evaluado por la CONDUSEF.

Pero si CONDUSEF, derivado de las funciones de supervisión, detecta que las Instituciones de Seguros utilizan Contratos que no coincidan con aquellos registrados en el RECAS, estará facultada para hacerlo del conocimiento de la CNSF, a fin de que la misma determine lo que en derecho proceda.

Cabe mencionar que la sustitución o modificación de los documentos del RECAS por las Instituciones de Seguros, sólo se realizará por lo siguiente:

- Por necesidades de operación y a solicitud de la propia Institución de Seguros, conforme al procedimiento establecido en el Manual de Operación, y



- Por la conclusión de un plan de regularización, por la implementación de un programa de autocorrección, o derivado de un procedimiento de supervisión o evaluación, en el plazo señalado por la CNSF o la CONDUSEF, según corresponda.

Por otro lado, la CONDUSEF, suspenderá el registro del Contrato de Adhesión en el RECAS, cuando la CNSF le informe que el mismo ha sido revocado en el ejercicio de sus atribuciones.

Asimismo, cuando a las Instituciones de Seguros se les revoque la autorización para operar, se sometan a un procedimiento de disolución o liquidación, o por cualquier causa dejen de operar como tales, deberán dar de baja el registro correspondiente en el RECAS, en un término de 30 días naturales, contados a partir de que dejen de operar el producto.

¿Qué pasa si la institución con quien tengo un contrato que no está registrado en el RECAS?

Se sancionará conforme al artículo 94 fracción II de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros por un monto que va de las 200 a 1000 UMAS.

5. Disposiciones de carácter general en materia de cláusulas abusivas contenidas en los contratos de adhesión.

En ocasiones se incluyen cláusulas en los contratos que derivan en desventajas para el cliente, e incluso dejan en riesgo su patrimonio, a este tipo de redacciones se les conocen como **CLÁUSULAS ABUSIVAS**.

En virtud de lo anterior, el 10 de enero de 2014, se publicó un acuerdo modificatorio a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, en el cual se refleja la incorporación de las cláusulas abusivas en su artículo 56 Bis, siendo lo relevante de este artículo lo siguiente:

- Los contratos de adhesión NO deberán contener cláusulas abusivas.
- La CONDUSEF, mediante disposiciones de carácter general establecerá los casos y supuestos bajo los cuales se considere la existencia de una cláusula abusiva.
- Las cláusulas abusivas no podrán referirse a tasas de interés, comisiones, o cualquier otro concepto que implique la contraprestación recibida por una Institución Financiera por la operación de que se trate.
- En los casos de comisiones y otros conceptos que impliquen contraprestación recibida por una Institución Financiera, la Junta de Gobierno de la CONDUSEF emitirá opinión sobre éstas y las publicará a través del Buró de Entidades Financieras.
- La CONDUSEF en todo momento podrá ordenar la supresión de cláusulas abusivas en los contratos de adhesión y dará publicidad a dichas resoluciones a través del Buró de Entidades Financieras.

- Las Instituciones Financieras a petición de un Usuario deberán modificar los contratos de adhesión que hubiera celebrado con éste, a fin de eliminar las cláusulas que la CONDUSEF haya ordenado suprimir.

De conformidad con el segundo párrafo del artículo 56 BIS antes citado, la CONDUSEF, emitió el 19 de noviembre de 2014, a través del Diario Oficial de la Federación, las Disposiciones de carácter general en materia de cláusulas abusivas contenidas en los contratos de adhesión.

Las citadas DISPOSICIONES se encuentran divididas conforme a lo siguiente:

- Capítulo I. Disposiciones Generales
- Capítulo II. De los Casos y Supuestos
- Capítulo III. Del procedimiento para ordenar la supresión de cláusulas abusivas
- Capítulo IV. De las consultas para la aplicación de las disposiciones

Objeto de las Disposiciones

Establecer los casos y supuestos en los cuales se considerará la existencia de una Cláusula Abusiva, así como el procedimiento mediante el cual deberán suprimirse dichas cláusulas de los Contratos de Adhesión.

¿Qué es una cláusula abusiva?

Es cualquier estipulación, término o condición, establecida en los Contratos de Adhesión, sobre temas distintos a tasas de interés, comisiones o cualquier otro concepto que implique la contraprestación recibida por la Institución Financiera y que cause un desequilibrio en los derechos y obligaciones entre las partes, en detrimento o perjuicio del Usuario.

En dichas Disposiciones no solo se encuentran contemplados los supuestos de cláusulas abusivas en materia de seguros, ya que también regula otros supuestos relacionados con:

- Contratos de Créditos de Nómina;
- Contratos de Créditos Comerciales;
- Contratos de Crédito Simple, en Cuenta Corriente o Revolventes;
- Contratos de Depósito a la Vista o Cuentas de Ahorro;

Por su parte, serán consideradas Cláusulas Abusivas **en materia de Seguros** las que se ubiquen en los siguientes supuestos:

En cualquier tipo de Contratos de Adhesión, cuando:

En dichas Disposiciones no solo se encuentran contemplados los supuestos de cláusulas abusivas en materia de seguros, ya que también regula otros supuestos relacionados con contratos de créditos y Depósito a la Vista o Cuentas de Ahorro.

Por su parte, serán consideradas Cláusulas Abusivas **en materia de Seguros** las que se ubiquen en los siguientes supuestos:

- Impongan al Usuario la obligación de acreditar con pruebas las operaciones, movimientos o pagos efectuados a la propia Institución Financiera, salvo que en los registros de esta última no se encuentre la operación, movimiento o pago
- Establezcan obligaciones indeterminables para el Usuario, en caso de incumplimiento de éste al Contrato de Adhesión
- Permitan a la Institución Financiera terminar un Contrato de Adhesión sin notificación previa
- Impliquen la renuncia del Usuario al derecho de ser resarcido o reembolsado de cualquier erogación que corresponda a la Institución Financiera
- Permitan la modificación, restricción o ampliación de lo pactado en el Contrato de Adhesión, sin el consentimiento del Usuario, salvo que sea en beneficio del mismo

En contratos de seguros, cuando:

En el caso de pólizas individuales, se condicione la indemnización de un siniestro procedente ocurrido durante la vigencia de la póliza a que la póliza se encuentre vigente al momento de la reclamación. (Disposición TERCERA, fracción VI).

Por ejemplo:

David cuenta con un seguro de automóvil cuya vigencia es del 1° de enero al 31 de diciembre de 2020, sin embargo, David sale de viaje al extranjero y al regresar el primero de enero de 2021, se percató de que le robaron su vehículo. Procede a realizar el reclamo a la aseguradora y ésta le comenta que se encuentra imposibilitada para hacer la indemnización en virtud de una cláusula que indica que si la reclamación no se hace dentro de la vigencia de la póliza, el siniestro no se paga. Por lo tanto, esta cláusula se considera abusiva.

En contratos de seguro de vida. (Disposición TERCERA, fracción VII), **cuando:**

- a) Limitan la continuidad de la cobertura de fallecimiento, cuando hayan procedido los beneficios adicionales de accidentes o invalidez, siempre y cuando para dichos beneficios se haya pagado una prima independiente, y no sean alternativos.



Por ejemplo:

María contrata un seguro de vida y a su vez adquiere el beneficio adicional de invalidez total y permanente. A los cinco años de contratada la póliza y de hacer sus pagos puntuales, María sufre un accidente que le provoca invalidez total y permanentemente y la aseguradora, una vez que realizó el pago de la indemnización por esta cobertura, le cancela el contrato argumentando que existe una cláusula que indica que al pagar el beneficio adicional, la cobertura por fallecimiento desaparece. En este caso estamos ante una cláusula que se considera abusiva.

- b) Excluyan de los seguros que amparan muerte accidental, la que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste no sea sujeto activo de delito, o no sea el provocador.

Por ejemplo:

Joaquín contrata un seguro de vida con la cobertura de muerte accidental, posteriormente sufre un asalto donde es apuñalado y lamentablemente muere. Sus beneficiarios hacen el reclamo a la aseguradora y ésta les rechaza el pago, argumentando que existe una exclusión que menciona que, si fallece el asegurado derivado de un acto doloso, no se efectuará la indemnización; por lo tanto, esta cláusula se considera abusiva.

En contratos de seguro de accidentes personales (Disposición TERCERA, fracción VIII), cuando:

- a) Excluyan de los seguros que amparan muerte accidental, la que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste no sea sujeto activo de delito, o no sea el provocador,
- b) Excluyan las enfermedades o padecimientos preexistentes sin que exista previamente un diagnóstico de que dicho padecimiento o enfermedad va a derivar en una invalidez durante la vigencia de la póliza.

Por ejemplo:

Iván contrata un seguro de accidentes personales, al hacerlo él no sabía que tenía diabetes, posteriormente reclama la indemnización por invalidez por dicha enfermedad y la aseguradora le rechaza el pago argumentando que el padecimiento es preexistente a la contratación de la póliza, no obstante que Iván nunca tuvo un diagnóstico previo de su padecimiento, por lo tanto, esta cláusula se considera abusiva.

¿Y cómo es el procedimiento para ordenar la supresión de cláusula abusiva?

Primeramente, la CONDUSEF analizará de forma integral el Contrato de Adhesión y cualquier otro documento que sea parte de éste, de acuerdo con el sector, producto o servicio de que se trate.

Lo anterior lo podrá realizar a través de:

- El registro y, en su caso, autorización de los Contratos de Adhesión en los registros de contratos de adhesión que administre la CONDUSEF
- El ejercicio de evaluación y supervisión que realice a las Instituciones Financieras
- Los procedimientos de atención a Usuarios que conozca
- El ejercicio de sus demás atribuciones

Una vez localizada la cláusula abusiva, la **CONDUSEF**:

- Informará, mediante oficio, a la Institución, la orden de supresión de la Cláusula Abusiva y le otorgará diez días hábiles para manifestar lo que a su derecho convenga
- La CONDUSEF resolverá lo conducente en un plazo de diez días hábiles siguientes
- Las Instituciones contarán con un plazo de quince días hábiles a partir de la notificación de resolución para acreditar la modificación al Contrato de Adhesión en el que se suprima la Cláusula Abusiva respectiva.
- La CONDUSEF informará a su Junta de Gobierno las resoluciones por las que se ordene la supresión de Cláusulas Abusivas
- La CONDUSEF publicará a través del Buró de Entidades Financieras las cláusulas abusivas detectadas y suprimidas

En caso de que el usuario tenga dudas sobre si una cláusula es o no abusiva, puede acudir a la CONDUSEF en donde le asesorarán. En caso de que no tenga duda de que la cláusula se considera abusiva, deberá solicitar a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de la institución Financiera que la elimine de su contrato.

La información y material del Diplomado en Seguros son propiedad de CONDUSEF y no podrán ser copiados, mostrados, distribuidos, impresos, modificados, publicados, reproducidos, vendidos, transmitidos, usados para crear un trabajo derivado, con fines educativos, públicos o comerciales. En caso de utilizar la información contenida en el diplomado como referencia, es necesario citar y reconocer en todo momento que el contenido es propiedad de CONDUSEF.