

**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA PARA
MICROFINANCIERAS**

Índice

1. Definiciones.
2. Coberturas.
 - 2.1 Fallecimiento.
 - 2.2 Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico de Enfermedades Críticas cubiertas.
 - 2.2.1 Exclusiones.
 - 2.3 Renta Diaria por Hospitalización en caso de padecimiento o accidente.
 - 2.3.1 Exclusiones.
3. Cláusulas.
4. Procedimiento de Indemnización.
5. Asistencias.

Assurant Vida México, S.A., (en adelante “**la Compañía**”), emite la presente póliza sobre la vida del Asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el propio Asegurado de la póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1. Definiciones.

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de un verbo, en cualquier conjugación.

Asegurado. Es la persona cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual quien se encuentra amparado bajo el presente contrato y que otorga su consentimiento por escrito al Contratante para la celebración del mismo.

Beneficiario. Es aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir la suma asegurada especificada en el Certificado Individual.

Beneficiario Preferente. Es el Contratante de la póliza hasta por el saldo insoluto derivado del Contrato de Crédito a favor de los integrantes del Grupo Asegurado en su calidad de deudores.

Cáncer: Es un tumor caracterizado por el crecimiento y la diseminación incontrolable de células malignas que regularmente están acompañadas de la destrucción del tejido normal. El término Cáncer incluye leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin's; éste requiere un tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Certificado Individual. Documento que se le entrega a cada miembro del Grupo Asegurado y que contiene el consentimiento para ser asegurado, los datos relativos al nombre, fecha de nacimiento de cada Asegurado, vigencia de la póliza y del propio certificado, coberturas, suma asegurada, número de póliza y de certificado y nombre de los Beneficiarios.

Contratante. Se refiere a la persona moral que ha solicitado a la Compañía la celebración del Contrato de Seguro con el fin de garantizar el pago de los préstamos otorgados a los integrantes del Grupo Asegurado, obligándose a realizar el pago de la prima en términos del Contrato de Seguro y a recabar los consentimientos de las personas que se integren al Grupo Asegurado.

Contrato de Crédito. Contrato independiente al de seguro, celebrado entre el Contratante y los integrantes del Grupo Asegurado en su calidad de deudores, con motivo de cualquier crédito que les haya otorgado el Contratante, señalando de manera enunciativa mas no limitativa créditos personales, créditos revolventes, financiamientos, etc.

Contrato de Seguro. Es el acuerdo de voluntades celebrado entre el Contratante y la Compañía que otorga la cobertura del seguro, mediante el cual se establecen los términos y condiciones bajo los cuales opera el mismo.

Enfermedades Críticas: Para la cobertura respectiva, se ampara únicamente el diagnóstico de alguno de los siguientes padecimientos: i) Primera Detección de Cáncer; ii) Infarto Agudo al Miocardio, y iii) Incidente Cerebrovascular, todas con las exclusiones aplicables y sujetas a los términos de este clausulado.

Grupo Asegurado. Conjunto de personas que habiendo celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante firman los Certificados Individuales para ser asegurados bajo la presente póliza y se encuentran incluidos en el registro de Asegurados.

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un hospital por un periodo mínimo de 48 (cuarenta y ocho) horas, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria derivada de algún padecimiento o accidente. Lo anterior no incluye tratamiento alguno a consecuencia de embarazo o parto.

Incidente Cerebrovascular: Conocido también como embolia o derrame cerebral, es el evento que tiene como resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición.

El diagnóstico del Incidente Cerebrovascular deberá estar confirmado por los hallazgos en IRM, TC o reconocimiento del líquido cefalorraquídeo y deberá concordar con el diagnóstico de un nuevo evento de embolia cerebral.

Infarto Agudo al Miocardio: Muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva. El diagnóstico deberá cumplir con los siguientes tres criterios: i) sufrir síntomas consistentes y clínicamente aceptados con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio; ii) nuevos cambios característicos en el electrocardiograma; y iii) elevaciones características en los marcadores bioquímicos cardiacos específicos arriba de los valores normales. La insuficiencia cardiaca, dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no se consideran, para efectos de esta cobertura de Infarto Agudo al miocardio y, por lo tanto, no están cubiertas.

El Infarto Agudo al Miocardio que ocurre dentro de los 14 (catorce) días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas Q en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared

cardiaca mostrados en los imagines cardiacos 30 (treinta) días después del procedimiento coronario.

Saldo Insoluto. Es la cantidad total adeudada por el Asegurado al Contratante bajo el Contrato de Crédito, en la fecha en la que ocurra el evento cubierto.

Para efectos del seguro no formarán parte del Saldo Insoluto las amortizaciones mensuales vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco el pago por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

Vigencia o Plazo del Seguro. Período durante el cual surtirá efectos la cobertura amparada por el Contrato de Seguro.

2. Coberturas.

2.1 Cobertura Básica: Fallecimiento.

Bajo los términos y condiciones establecidos en la presente póliza, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual, al Beneficiario Preferente hasta por el Saldo Insoluto del Contrato de Crédito y en caso de existir remanente, a los Beneficiarios designados en el mismo, si el Asegurado fallece mientras se encuentren en vigor tanto la póliza como el Certificado Individual y la Compañía recibe las pruebas del fallecimiento del Asegurado.

2.2 Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico de Enfermedades Críticas cubiertas.

Durante la vigencia de la cobertura por fallecimiento, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada en caso de que el Asegurado sea diagnosticado con alguna de las siguientes Enfermedades Críticas:

- a) Primera Detección de Cáncer, entendido como la primera manifestación u ocurrencia del Cáncer.
- b) Un Infarto Agudo al Miocardio.
- c) Incidente Cerebrovascular.

La cobertura se ofrece en términos de la definición de cada Enfermedad Crítica cubierta y el diagnóstico deberá constar por escrito y ser suscrito por un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud.

La suma asegurada que se llegue a pagar conforme a esta cobertura, será independiente de la suma asegurada pagadera a los Beneficiarios por la cobertura de fallecimiento del Asegurado.

Esta cobertura de Apoyo Financiero al Asegurado a consecuencia del Diagnóstico

de Enfermedades Críticas cubiertas no excederá, en ningún caso, de la suma asegurada máxima por Asegurado establecida en el Certificado Individual correspondiente.

2.2.1 EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE APOYO FINANCIERO AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS CUBIERTAS.

- a) No se pagará reclamación alguna que se base en un diagnóstico realizado por un miembro de la familia (hasta el segundo grado consanguíneo), cónyuge o concubino del Asegurado, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.**
- b) Cualquier Enfermedad Crítica cubierta que sea del conocimiento del Asegurado, previo a la contratación de la cobertura.**
- c) Actos ilegales por parte del Asegurado que den lugar a una Enfermedad Crítica cubierta.**
- d) La Compañía no pagará el beneficio por diagnóstico de las Enfermedades Críticas cubiertas cuando éstas se originen por la ingesta de medicamentos que no hayan sido prescritos por un médico con cedula profesional, o bien, sustancias que los provoquen.**
- e) Lesiones o enfermedades provocadas por negligencia o culpa grave del Asegurado.**
- f) Ataques Isquémicos Transitorios (AIT).**
- g) Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.**
- h) Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.**
- i) Trastornos isquémicos del sistema vestibular.**
- j) Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.**
- k) Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ.**
- l) Policitemia Vera.**
- m) Trombocitemia Esencial.**

- n) Todos los cánceres cutáneos, no melanoma.**
- o) Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de “Gleason” con un grado mayor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase T2NOMO según la clasificación de AJCC Sexta Edición Clasificación TMN.**
- p) Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**
- q) Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm. según la clasificación de Breslow.**
- r) El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la Sexta Edición de AJCC Clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis.**
- s) Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la Sexta Edición de AJCC Clasificación TMN como Ta o una clasificación equivalente, siempre y cuando no exista metástasis.**
- t) Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) con clasificación menor de la Etapa 3 en la prueba de RAI.**
- u) Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del periodo de espera de clasificación.**

2.3 Renta Diaria por Hospitalización en caso de padecimiento o accidente.

En caso de ocurrir la Hospitalización del Asegurado en territorio nacional y durante la vigencia de la póliza y del Certificado Individual, la Compañía pagará una cantidad diaria estipulada en la carátula de la póliza y/o el Certificado Individual correspondiente, en caso de que la Hospitalización se requiera por causa de un padecimiento o de un accidente. El pago se realizará por día, topado a un máximo de 30 días de Hospitalización por año, no acumulativos.

La presente cobertura contará con un periodo de espera de 2 (dos) días a partir de la Hospitalización, es decir el Asegurado deberá encontrarse hospitalizado por dos días antes de tener derecho a la Suma Asegurada correspondiente. La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a partir del tercer día de hospitalización del Asegurado, hasta el tope indicado, y siempre que se hubiere dictaminado como procedente el siniestro.

La presente cobertura estará limitada al número de eventos al año estipulados en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual.

2.3.1 EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASO DE PADECIMIENTO O ACCIDENTE.

- a) **Actos ilegales por parte del Asegurado que den lugar a una Hospitalización.**
- b) **Hospitalización derivada de enfermedades provocadas por negligencia o culpa grave del Asegurado.**
- c) **Hospitalización en caso de lesiones autoinfligidas por el Asegurado.**

3. Cláusulas.

Contrato

Se refiere a la carátula de la póliza, las presentes condiciones generales, los Certificados Individuales y los endosos adicionales que se agreguen, los cuales forman parte y constituyen prueba de la celebración de este Contrato de Seguro.

Contenido de la Póliza

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan a el día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones” (Transcripción del artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Modificaciones

Cualquier modificación a esta póliza se hará previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona que se no encuentre autorizada expresamente por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Plazo del Seguro

La vigencia del Contrato de Seguro de grupo es temporal anual, renovable de forma automática a menos de que el Contratante notifique a la Compañía su voluntad de no renovar con 30 (treinta) días de anticipación al término del año correspondiente. En caso de renovaciones deberá estar pagada la prima de cada Asegurado y encontrarse dentro a la edad máxima de aceptación conforme a lo definido en la cláusula “Limites de Edad”.

La vigencia de cada uno de los Certificados Individuales será anual, según sea contratado el seguro, y la misma se verá reflejada en el Certificado Individual correspondiente.

En caso de que el Contrato de Seguro de grupo anual no sea renovado, la Compañía respetará los términos y condiciones pactados en los Certificados Individuales emitidos durante la vigencia del seguro de grupo hasta el vencimiento de los mismos.

Prima

La prima total que deberá pagar el Contratante a la Compañía será la sumatoria de las primas únicas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad al momento de contratar el seguro y la suma asegurada.

El monto y plazo a pagar a la Compañía se encuentran especificados en la carátula de la póliza. Cada año se podrá cobrar adicionalmente a la prima de seguro, el recargo vigente al momento de contratación y/o renovación registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Vencimiento

La prima vence al momento de la celebración del contrato.

Período de gracia

El Contratante gozará de un período de gracia para liquidar el total de la prima o de cada una de las fracciones convenidas en caso de pago en parcialidades.

Si no hubiere sido pagada la prima, o la fracción pactada de la misma, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a deducir cualquier adeudo de prima vencida y no pagada de la suma asegurada pagadera al Beneficiario Preferente, Beneficiario o Asegurado, según sea el caso en cada una de las coberturas ofrecidas.

Suma Asegurada

La suma asegurada es el monto máximo por el que la Compañía responderá en caso de un siniestro y será equivalente en el caso de la cobertura por fallecimiento, al monto inicial del saldo insoluto derivado del Contrato de Crédito otorgado por el Contratante al Asegurado. El monto de la suma asegurada por cada cobertura ofrecida se especifica en el Certificado Individual correspondiente.

Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la Compañía se harán al último domicilio que conozca del Contratante.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones correspondientes, de salvaguardar sus intereses, y entre otras, para que puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto derivado del Contrato de Crédito.

Para efecto de lo anterior, el Asegurado o sus Beneficiarios deberán informar a la Compañía su domicilio, para que llegado el caso, les efectúe en el mismo las notificaciones correspondientes.

Renovación

La Compañía podrá renovar los Contratos de Seguro de grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y de Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen; salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de 5 (cinco) años contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la institución de seguros de satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quién ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante a la Compañía, o de ésta a los Beneficiarios o Asegurado según sea el caso, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. En caso de pólizas contratadas en moneda extranjera se conviene que los pagos que el Contratante tenga que hacer a la Compañía o los que ésta haga a aquél por cualquier concepto con motivo de este Contrato se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

Edad

La edad declarada por el Asegurado en el Certificado Individual respectivo, se deberá comprobar a la Compañía a más tardar en la fecha en que se presente la reclamación por la ocurrencia del fallecimiento de dicho Asegurado mediante la presentación de la copia certificada del acta de nacimiento correspondiente.

Cuando se compruebe la edad del Asegurado a la Compañía antes de la presentación de la reclamación, ésta extenderá el comprobante de tal hecho y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas relacionadas con su edad.

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la emisión del Certificado Individual.

Límites de edad

Los límites de admisión fijados por la Compañía son: 18 (diez y ocho) años como mínimo y 69 (sesenta y nueve) años con once meses como máximo.

Territorialidad

La presente póliza surtirá sus efectos en territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

4. Procedimientos.

Beneficiarios

El Beneficiario Preferente del seguro será el Contratante de la póliza hasta por el saldo insoluto derivado del Contrato de Crédito del Asegurado a la fecha del siniestro. En caso de existir un remanente de la suma asegurada, éste se liquidará a los Beneficiarios designados por el Asegurado en el Certificado Individual.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario para lo cual deberá firmar el Certificado Individual y entregar el anterior en caso de contar con él.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

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

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

Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con al menos la siguiente información de todos los integrantes del Grupo Asegurado:

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

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

Obligaciones del Contratante de la póliza

1. El Contratante entregará a la Compañía una relación de las personas a asegurar, a través de cualquier medio, la cual deberá contener cuando menos por cada crédito otorgado, el nombre completo del(os) participantes, domicilio del(os) participantes, fecha de nacimiento del(os) participante(s), fecha de otorgamiento del crédito, suma asegurada e importe de la prima a cargo del Asegurado.

2. El Contratante sólo podrá solicitar se asegure a todas aquellas personas que reúnan las características fijadas por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado, siendo éstas aquellas personas que hayan celebrado un Contrato de Crédito con el Contratante y se encuentren dentro de las edades de aceptación establecidas en estas condiciones generales al momento de ser dadas de alta en la póliza.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro o los Certificados Individuales que no se apegaron a dicha política mediante aviso por escrito al Contratante.

3. El Contratante se obliga a entregar a los Asegurados, los Certificados Individuales expedidos por la Compañía, o en su defecto, la información clara y precisa sobre la cobertura del seguro, el monto del beneficio y los demás datos que conforme a estas condiciones generales deban figurar en el Certificado Individual.

4. Notificar a la Compañía por escrito y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, el ingreso de nuevos integrantes al Grupo Asegurado.

5. Notificar a la Compañía por escrito y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de los integrantes del Grupo Asegurado.

6. Notificar a la Compañía por escrito y dentro de los treinta días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

Indemnización por mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado un interés moratorio calculado conforme a lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, durante el lapso de demora. Dicho interés moratorio se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la

moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

Cancelación

1. La póliza quedará cancelada de manera automática al concluir el período de gracia, sin que se haya efectuado el pago de la prima. Los efectos de este contrato cesarán a las 12:00 horas del último día de dicho periodo.
2. Los Certificados Individuales podrán ser cancelados a solicitud por escrito del Asegurado en las formas que para ello proporcione la Compañía y previo consentimiento del Contratante, sin necesidad de que se encuentre liquidado el Saldo Insoluto del Contrato de Crédito. La Compañía devolverá vía el Contratante al Asegurado, la prima neta pagada no devengada al momento de que reciba la solicitud de cancelación.

Comisión o Compensación Directa

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

Entrega de la póliza

La Compañía está obligada a entregar al Contratante o Asegurado los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro.
2. Mediante el envío físico al domicilio, a través de los medios que la Compañía utilice para tal efecto.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en el caso del numeral 2, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Cuando la Compañía no haya entregado la documentación contractual al Contratante o Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro, y éstos no la recibieran dentro de los 30 días naturales siguientes conforme a lo que se indica en esta sección, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía comunicándose a los teléfonos 01 800 759 0909 en la Ciudad de México, Área Metropolitana y del interior de la República, para que la Compañía le indique la manera de obtenerlas.

Para solicitar que la presente póliza no se renueve, el Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 5000 1800. Por su parte, los Asegurados podrán solicitar que el Certificado Individual se cancele a través del Contratante. La Compañía emitirá una carta de cancelación que será el comprobante de que la póliza no será renovada o en su caso de que el Certificado Individual quedó cancelado a partir de ese momento.

Transcripción de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Alta de Asegurados

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

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

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

Baja de Asegurados

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 Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Ajuste por edad

Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1.- Que la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía:

- a. Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b. Si es menor a la declarada, la suma asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que exista entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- c. Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la manifestada por el Asegurado, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

2.- Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a la de pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Terminación del seguro respecto a cada Asegurado

La responsabilidad de la Compañía por la suma asegurada de cada Asegurado cesará automáticamente a las 12 horas del día del vencimiento respecto a cada Certificado Individual o con el pago de la indemnización al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, o bien, al ser cancelado el Certificado Individual respectivo.

Aviso

Cualquier evento que pueda originar una indemnización en los términos de esta póliza, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la fecha de su realización, salvo en caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u el otro.

Pruebas

Todas las indemnizaciones al amparo de esta póliza, deberán ser reclamadas con las formas que para tal efecto proporcione la Compañía. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen.

Para hacer efectivo el pago de la cobertura, el reclamante deberá presentar a la Compañía los documentos indicados en la sección 4 “**Procedimiento de Indemnización**” por cada cobertura ofrecida.

4. Procedimiento de Indemnización.

4.1 Fallecimiento

La suma asegurada por fallecimiento se pagará previa la comprobación de la muerte del Asegurado, deduciendo de la indemnización cualquier adeudo de prima vencida y no pagada en el momento de la liquidación correspondiente.

Dicho pago se realizará en una sola exhibición al Beneficiario Preferente, hasta por el saldo insoluto del Contrato de Crédito adeudado a la fecha del siniestro, pero sin exceder en ningún caso la suma asegurada contratada y que se especifica en la carátula de la póliza y en el Certificado Individual correspondiente. De existir remanente una vez liquidado el saldo insoluto al Contratante, se pagará el mismo a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Los Beneficiarios designados por el Asegurado tienen derecho a exigir a la Compañía al ocurrir el siniestro, el pago al Beneficiario Preferente del saldo insoluto del Contrato de Crédito garantizado mediante el seguro.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de la suma asegurada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones completas que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Para reclamar el pago de una Indemnización por fallecimiento, los Beneficiarios deberán presentar a la Compañía los siguientes documentos y datos:

- a) Declaración de la ocurrencia del Siniestro a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado;
- c) Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no

se ha comprobado previamente la edad del mismo;

- d) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado y del Beneficiario, y en caso de ser uno o ambos extranjeros, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- e) Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
- f) Original (para cotejo) y copia de la constancia del Registro Federal de Contribuyentes (RFC) o de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del Asegurado y del Beneficiario, en caso de contar con ellos;
- g) Original (para cotejo) y copia del comprobante de domicilio del Asegurado y del Beneficiario;
- h) Historia clínica del Asegurado, en caso de que se requiera;
- i) Actuaciones del Ministerio Público, en caso de muerte violenta o por accidente; y
- j) Los necesarios para poder determinar la ocurrencia y circunstancias del Siniestro y la existencia de cobertura.

4.2 Para reclamar el pago de una Indemnización por Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico de una Enfermedad Crítica cubierta en los términos definidos en este clausulado, el Asegurado deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos y datos:

- a) Declaración de la ocurrencia del Siniestro a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original del documento en donde conste el diagnóstico de la Enfermedad Crítica cubierta, expedido por un médico especialista, con cédula profesional y registrado ante la Secretaría de Salud, acompañado de los estudios clínicos que soporten dicho diagnóstico;
- c) Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- d) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado, y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- e) Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto,

acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;

- f) Original (para cotejo) y copia de la constancia del Registro Federal de Contribuyentes (RFC) o de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del Asegurado en caso de que el Asegurado cuente con ellos;
- g) Original (para cotejo) y copia del comprobante de domicilio del Asegurado; y
- h) Los necesarios para poder determinar la ocurrencia y circunstancias del siniestro y la existencia de cobertura, incluyendo estudios de laboratorio que respalden el diagnóstico de una Enfermedad Crítica cubierta.

4.3 Para reclamar el pago de una Indemnización por concepto de Renta Diaria por Hospitalización en caso de padecimiento o accidente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos y datos:

- a) Declaración de la ocurrencia del Siniestro a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione;
- b) Original de los documentos que acrediten la Hospitalización del Asegurado y las circunstancias de la misma;
- c) Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado, y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- d) Original del Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
- e) Original (para cotejo) y copia del comprobante de domicilio del Asegurado; y
- i) Los necesarios para poder determinar la ocurrencia y circunstancias del siniestro y la existencia de cobertura.

5 Asistencia.

Los Servicios de Asistencia incluidos en este apartado son distintos a las coberturas de seguro indicadas en estas Condiciones Generales y tienen como objetivo brindar a nuestros Usuarios beneficios exclusivos, en la República Mexicana, las 24 horas del día, los 365 días del año, y de acuerdo a las siguientes definiciones, términos, condiciones y limitaciones:

DEFINICIONES:

- a. **Usuario:** Los Asegurados de Assurant Vida México, S.A. de C.V. que en términos de estas Condiciones Generales tengan emitido a su nombre un Certificado Individual vigente, y su cónyuge, padres, hijos y abuelos del Asegurado que residan en su domicilio, salvo en los casos en los que se especifique un beneficio exclusivo para el Asegurado titular del crédito.
- b. **Servicios de Asistencia:** Servicios que en términos de este apartado serán prestados por conducto de **Información y Asistencia, S. de R.L. de C.V. ("INFOASIST")**, y que son distintos de las coberturas de seguro descritas en los apartados anteriores de las Condiciones Generales.
- c. **Coordinador:** Personal de INFOASIST que forma parte de la Cabina de Atención Telefónica a Usuarios.
- d. **Situación de Asistencia:** Todo accidente, enfermedad o evento ocurrido a un Usuario y que haya sido contemplado como parte de los Servicios de Asistencia incluidos en este apartado.
- e. **Urgencia:** Toda situación que en opinión de INFOASIST o del propio Usuario, su familia o de un tercero que se hiciera responsable considere que requiere atención médica inmediata.
- f. **Emergencia:** Aparición súbita e inesperada de manifestaciones con o sin pérdida de la conciencia, cuyos síntomas presentan una amenaza inminente a la vida del Usuario, y cuya asistencia médica debe ser inmediata.
- g. **Cabina de Atención Telefónica:** Espacio físico en donde los Coordinadores atienden los Servicios de Asistencia requeridos por los Usuarios.

TERRITORIALIDAD

Los Servicios de Asistencia descritos en este apartado se proporcionarán únicamente en territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

VIGENCIA

Todos los Servicios de Asistencia se prestarán las 24 horas, durante los 365 días del año, siempre que la póliza y/o Certificado Individual que ampare al Usuario permanezca vigente.

SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. ASISTENCIA MÉDICA.

1.1 Check Up/Examen Médico. INFOASIST proporcionará al Usuario el beneficio de descuentos al costo de los estudios de laboratorio para la revisión del estado de salud, que incluye:

- 1 Estudio de Química Sanguínea (6 elementos)*

- 1 EGO (Examen General de Orina)*
- 1 Consulta Ginecológica*
- 1 Consulta Oftalmológica
- 1 Limpieza Dental (sin costo)

*Estos exámenes sólo podrán realizarse a personas menores de 18 años que vayan acompañados de sus padres, familiares directos mayores de edad o representantes legales acreditados. Cabe señalar que por recomendaciones médicas, se sugiere que estos exámenes médicos no se realicen a menores de edad.

Este servicio se proporcionará en la República Mexicana, a través de una llamada telefónica en donde le indicarán los datos del servicio médico de la red de proveedores de INFOASIST más cercano al lugar donde se encuentre el Usuario. De acuerdo a la elección del Usuario, el Coordinador de INFOASIST concertará una cita y le comunicará al Usuario los detalles de la misma.

Servicio limitado a 1 (un) evento al año con médicos y laboratorios de la red de proveedores de INFOASIST.

1.2 Orientación Médica Telefónica. El equipo médico de INFOASIST no emitirá un diagnóstico sobre la situación médica que le sea indicada, sino que únicamente orientará al Usuario sobre las medidas inmediatas y paliativas que se deberán tomar en caso de una situación médica de cuidado menor. En caso de detectarse una Urgencia o Emergencia, el equipo médico de INFOASIST que tome la llamada despachará a una ambulancia de inmediato al lugar donde se encuentre el Usuario.

El servicio incluye medidas a seguir, con base a sintomatologías básicas y según requiera el caso, remitiéndolo a visita a consultorio y/o centro médico, atención a consultas sobre diagnósticos o segunda opinión médica e interpretación de resultados de laboratorios, uso adecuado de medicamentos prescritos (todo lo relacionado y disponible en el Vademecum).

Servicio sin límite de eventos.

1.3 Médico en consultorio. (Asistencia Médica Privada)

A solicitud del Usuario, INFOASIST concertará hasta 2 (dos) consultas sin costo con médicos generales de su red de proveedores en la República Mexicana. En los lugares en donde INFOASIST no cuente con red de proveedores, apoyará al Usuario a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad posible.

En caso de que requiera consultas adicionales podrá pedir las con un costo adicional preferencial.

INFOASIST no será responsable por la atención, diagnóstico ni prescripción de medicamentos otorgados por los médicos o instituciones médicas referidas.

Servicio limitado a 2 (dos) eventos al año.

1.4 Médico Especialista. (Medicina Especializada)

A través de una llamada telefónica a la línea INFOASIST, el Usuario contará con el servicio de referencia y tarifas preferenciales en medicina especializada tales como:

- Cardiología
- Ginecología
- Geriatria
- Pediatría

Este servicio se proporcionará en la República Mexicana, a través de una llamada telefónica en donde le indicarán los datos del médico de la red de proveedores de INFOASIST más cercano al lugar donde se encuentre. En otras localidades, hará lo posible por dirigir al Usuario con el médico u hospital más cercano y con la mayor celeridad posible.

INFOASIST no será responsable por la atención, diagnóstico ni prescripción de medicamentos otorgados por los médicos o instituciones médicas referidas.

Servicio sin límite de eventos.

1.5 Servicio de Ambulancia.

Si el Usuario sufre una Urgencia o Emergencia que le provoque una condición, lesiones o traumatismos que ameriten hospitalización, INFOASIST organizará y cubrirá el costo del traslado del Usuario en ambulancia terrestre al centro hospitalario más cercano o apropiado para el caso en particular.

Servicio ilimitado y gratuito para el Usuario en caso de Urgencia o Emergencia. Quedan expresamente excluidos de este servicio los traslados programados, que no deriven de un accidente o enfermedad del Usuario.

1.6 Descuentos Médicos.

INFOASIST proporcionará al Usuario referencias de médicos, clínicas, hospitales y proveedores de servicios médicos de su red de proveedores en la República Mexicana, con los siguientes beneficios en descuentos o costos preferenciales:

- Gabinetes hasta 30%
- Hospitales hasta 30%
- Farmacias de acuerdo al Precio Máximo al Público.
- Casas de enfermería desde \$350 pesos.
- Casas de ortopedia hasta 10%
- Unidades de rehabilitación desde \$250 pesos.
- Ópticas.
- Psicología desde \$250 pesos.

Aplica con más de 2,000 proveedores de la red nacional de INFOASIST.

Todos los gastos que se originen serán a cargo del Usuario y pagaderos directamente al proveedor del servicio médico que le atendió, por lo que INFOASIST no tendrá responsabilidad alguna con relación al servicio recibido por parte de aquéllos proveedores de servicios médicos.

Estos servicios son sin límite de eventos y sujetos a la disponibilidad de la red de proveedores Médicos de INFOASIST en las principales ciudades de la República Mexicana.

2. ASISTENCIA LEGAL.

2.1. Asesoría Legal Telefónica

INFOASIST se compromete a proporcionar al Usuario consultoría legal general, vía telefónica y relacionada con asuntos legales de tipo:

- Familiar
- Contractual
- Penal
- Civil
- Tributarios

Servicio sin límite de eventos y limitado a asesorías legales generales, es decir aquéllos que sólo sirvan de guía inicial para tomar la mejor estrategia legal por parte del Usuario, su abogado o representante. Por lo anterior, **INFOASIST nunca tomará la responsabilidad de los asuntos planteados, ni se obliga a preparar o presentar documentación o promociones de tipo alguno ante instancias judiciales o administrativas.**

3. ASISTENCIA FUNERARIA

3.1 Asistencia Funeraria en caso de Accidente o Enfermedad.

Este servicio aplica únicamente para el titular del crédito, siempre que se encuentre entre las edades de 18 a 70 años. El servicio ofrecido consiste en la coordinación y pago directo por parte de INFOASIST a la funeraria, limitado el beneficio hasta **\$20,000 pesos** (veinte mil pesos, moneda nacional) aplicables a:

3.1.1. Inhumación

- a. Obtención de permisos y autorizaciones oficiales para inhumación.
- b. Traslado del cuerpo del lugar donde se encuentre, y entrega del cuerpo en la agencia funeraria determinada en vehículo debidamente autorizado para dicho traslado. Este traslado será únicamente dentro de la localidad en donde haya ocurrido el fallecimiento.
- c. Arreglo estético del cuerpo: (i) aseo, (ii) maquillaje de cara y (iii) vestido.
- d. En casos de cuerpos mutilados o que requieran restauración del rostro, así como, en casos de embalsamamiento, el servicio se prestará de acuerdo a lo indicado por la autoridad competente y siempre a solicitud de un representante familiar, quedando los costos de estos servicios a cargo de este último.
- e. Ataúd metálico básico o su equivalente en madera, únicamente para su uso en la velación.
- f. Sala de velación por 24 horas.
- g. En caso de que el representante familiar opte por llevar el servicio de velación en algún domicilio particular, INFOASIST se obliga a instalar capilla de velación en dicho lugar, con sus diferentes accesorios: (i) mesa pedestal, (ii) candeleros, (iii) imagen religiosa.
- h. Carroza fúnebre para traslado del cuerpo de la sala de velación al cementerio. Dentro de la localidad en donde haya ocurrido el fallecimiento.
- i. Autobús de acompañamiento: traslado de dolientes al cementerio. (Este servicio es opcional, no garantizado y está sujeto a disponibilidad en la funeraria).

Este servicio no incluye restauración del cuerpo o rostro ni embalsamamiento del fallecido, tampoco la fosa en el cementerio.

3.1.2 Cremación

- a. Obtención de permisos y autorizaciones oficiales para cremación.

- b. Traslado, y entrega del cuerpo en la agencia funeraria determinada en vehículo debidamente autorizado para dicho traslado. Este traslado será únicamente dentro de la localidad en donde haya ocurrido el fallecimiento.
- c. Arreglo estético del cuerpo: (i) aseo, (ii) maquillaje de cara y vestido.
- d. En casos de cuerpos mutilados o que requieran restauración del rostro, así como, en casos de embalsamamiento, el servicio se prestará de acuerdo a lo indicado por la autoridad competente y siempre a solicitud de un representante familiar, quedando los costos de estos servicios a cargo de este último.
- e. Ataúd metálico básico o su equivalente en madera, únicamente para su uso en la velación.
- f. Sala de velación por 24 horas.
- g. En caso de que el representante familiar opte por llevar el servicio de velación en algún domicilio particular, INFOASIST se obliga a instalar capilla de velación en dicho lugar, con sus diferentes accesorios: (i) mesa pedestal, (ii) candeleros, (iii) imagen religiosa.
- h. A solicitud del representante familiar y habiendo cubierto los requisitos de ley, se proporcionará el servicio de cremación, incluido el costo del uso del horno crematorio.
- i. Urna para cenizas.

Este servicio no incluye restauración del cuerpo o rostro ni embalsamamiento del fallecido, tampoco el nicho para cenizas. En todos los casos, el servicio de cremación está sujeto a las disposiciones legales vigentes en la localidad que se trate y al procedimiento establecido por la autoridad competente.

3.1.3 Asistencia Legal Funeraria.

Se brindarán los siguientes servicios: (i) asesoría y gestoría para obtener certificado de defunción de la Secretaria de Salud; (ii) asesoría y gestoría para obtener acta de defunción ante el Registro Civil; (iii) necropsia cuando las circunstancias y la ley lo permita; y (iv) notificación a los respectivos acreedores del Usuario, gestionando cuando sea requerido y en la medida de lo posible, la liberación de deudas de dicho Usuario.

En caso de muerte violenta, el abogado de INFOASIST realizará ante el Ministerio Público y médico forense, los trámites necesarios para la liberación del cuerpo, y en su caso, brindará asesoría a familiares o representantes respecto a la denuncia penal contra quien resulte responsable.

El costo de las copias certificadas y el pago de derechos ante cualquier autoridad serán por cuenta y a costa del Usuario.

4. OBLIGACIONES DEL USUARIO.

4.1 Solicitud de Asistencia. En caso de una Situación de Asistencia contemplada en los Servicios de Asistencia descritos en este apartado, y antes de iniciar cualquier acción, el Usuario deberá comunicarse desde cualquier parte de la República Mexicana al **01800-062-1126**, facilitando los datos siguientes:

- a. Indicará su nombre completo, el lugar en donde se encuentra y número de teléfono donde INFOASIST podrá contactar con el Usuario o su representante, así como todos los datos que el Coordinador de la asistencia le solicite para localizarlo.
- b. Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin haber consultado a INFOASIST.

El equipo médico y técnico de INFOASIST, tendrán libre acceso a los Usuarios y a sus historias clínicas, para conocer su situación, por lo que se requerirá su consentimiento por escrito para esos efectos, y si tal consentimiento o acceso le es negado a INFOASIST, éste no podrá llevar a cabo la prestación de los Servicios de Asistencia.

4.2 Obligaciones del Usuario para tener derecho a los Servicios de Asistencia:

- a. Estar presentes o tener un familiar o representante disponible en todo momento, en cualquiera de los casos que deriven en un Servicio de Asistencia.
- b. En caso de que el Usuario sufra algún siniestro amparado por las cláusulas anteriores, deberá reportarlo al Centro de Atención Telefónica (CAT) al teléfono indicado en el numeral 4.1 anterior, proporcionando la siguiente información al Coordinador del servicio:

- Su nombre completo, el lugar donde se encuentra y el número telefónico donde INFOASIST pueda contactar al Usuario, así como todos los datos que el Coordinador de la asistencia le solicite para localizarlo.
- Descripción del problema y tipo de asistencia solicitada. A falta de dicha notificación, INFOASIST considerará al Usuario como responsable de los costos y gastos ocurridos a causa de una Situación de Asistencia.
- Los Servicios de Asistencia a que se refiere este apartado configuran la única obligación a cargo de INFOASIST y salvo el caso de Imposibilidad descrito en el numeral 5.1 de este apartado, en ningún caso resarcirá daños o reembolsará al Usuario cantidad alguna que este hubiera erogado.

5. IMPOSIBILIDADES.

5.1 Imposibilidad de Notificar a INFOASIST. Los servicios a que se refiere el presente apartado, configuran la única obligación de INFOASIST de organizar y cubrir los costos directamente mediante su red de proveedores, y sólo en casos de comprobada situación de Urgencia e imposibilidad del Usuario para solicitarlos en los términos de este apartado, dicho Usuario podrá acudir directamente a terceros **UNICAMENTE en la solicitud del servicio de ambulancia terrestre**; en tal supuesto, INFOASIST y de acuerdo a lo que a continuación se menciona, podrá cubrir al Usuario las sumas que hubiere erogado:

- a. **En caso de riesgo de muerte.** En situación de peligro inminente de perder la vida, el Usuario, su representante o sus familiares, deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el accidente o enfermedad, con los medios más inmediatos y apropiados, o bien, tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible, contactarán con INFOASIST para notificar la situación.
- b. **Traslado médico sin previa notificación a INFOASIST.** En caso de Emergencia que requiera traslado médico de urgencia del Usuario y la utilización de ambulancia terrestre sin previa notificación a INFOASIST, el Usuario, su representante o su familiar, tan pronto como sea posible, deberán contactar a INFOASIST a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes. A falta de dicha notificación a INFOASIST en el periodo mencionado, se considerará al Usuario como responsable de los costos y gastos incurridos, liberando a INFOASIST de cualquier responsabilidad al respecto.

6. NORMAS GENERALES.

- a. **Mitigación.** El Usuario, su representante o familiar, está obligado a mitigar o limitar los efectos de las situaciones de Emergencia.
- b. **Cooperación con INFOASIST.** El Usuario, su representante o familiar, deberá cooperar con INFOASIST para facilitar el recabar evidencia documental de los pagos de derechos o por copias certificadas entre otros, necesarios y efectuados por el Usuario en las diferentes Situaciones de Asistencia.
- c. **Prescripción de las Reclamaciones.** Cualquier reclamación relativa a un Servicio de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores al de la fecha en que se produzca.
- d. **Subrogación.** INFOASIST quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Usuario, contra cualquier responsable de un evento que haya dado lugar a la prestación de los Servicios de Asistencia.

7. EXCLUSIONES.

Con excepción de lo dispuesto expresamente en el punto **IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICAR a INFOASIST (5.1)** del presente apartado, el Usuario no tendrá derecho a pago alguno por parte de INFOASIST:

- 1. Cuando por una acción intencional del Usuario o sus familiares se requiera de los Servicios de Asistencia.**
- 2. Cuando el Usuario, su representante o sus familiares, no proporcionen información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita a INFOASIST atender debidamente el asunto.**
- 3. Cuando el Usuario o sus familiares no se identifiquen como tales.**
- 4. Cuando el Usuario o sus familiares incumplan cualquiera de las obligaciones indicadas en el presente apartado.**
- 5. Todas aquellas contempladas en la descripción de los servicios de cada asistencia ofrecida.**
- 6. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a. Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b. Autolesiones o participación del Usuario en actos delictuosos intencionales.**
 - c. La participación del Usuario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d. La práctica del Usuario en deportes como profesional, así como su participación en competencias oficiales y en exhibiciones.**
 - e. La irradiación procedente de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
 - f. La participación del Usuario en carreras de caballos, de bicicletas, de automóviles y en cualquier clase de carreras o exhibiciones o pruebas Taxi Seguro.**
 - g. Enfermedades mentales o alienación.**
 - h. No se cubren embalsamamientos, salvo que así lo requiera la ley.**
 - i. No se cubren nichos ni fosas.**
 - j. No se cubren pagos de derechos y/o copias certificadas al realizar trámites ante las autoridades federales o locales.**
 - k. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente.**
 - l. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**

m. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

Los Servicios de Asistencia descritos en este apartado son garantizados al Usuario por parte de **ASSURANT VIDA MÉXICO, S.A.**, y serán proporcionados directamente por **INFOASIST**, con recursos e instalaciones propias, contando con las pólizas de seguro de reembolso o de exceso de pérdida, que en su caso, correspondan para respaldar la suficiencia de los recursos requeridos para el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

NOTA IMPORTANTE:

En caso de necesitar orientación relativa a los productos de seguro contratados con la Compañía, tiene el derecho de acudir ante las siguientes instancias:

- **Unidad Especializada de Atención de Assurant**, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 2453, Piso 3, Oficina 301, Col. Tizapán C.P. 01090 México, D.F., Teléfono: (55) 5000.1800 o bien en su dirección de correo unidad.especializada@assurant.com, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 13:00 horas.
- **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)**, ubicada en Av. Insurgentes Sur número 762, Planta Baja, Colonia del Valle, 03100 México Distrito Federal. Atención telefónica (55) 5340.0999 o 01 (800) 999.8080, para mayor información consulte su página de internet www.condusef.gob.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de mayo de 2016 con el número CNSF-S0068-0267-2016/CONDUSEF-002480-01”.