

SEGURO DE VIDA Y ENFERMEDADES GRAVES

ÍNDICE

CLÁUSULA 1ª. DEFINICIONES.

CLÁUSULA 2ª. BASES CONTRACTUALES.

CLÁUSULA 3ª. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

3.1 Fallecimiento.

3.1.1 EXCLUSIÓN A LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO.

3.2 Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico por primera vez de un Padecimiento Cubierto.

3.2.1 Infarto Agudo al Miocardio.

3.2.2 Incidente Cerebrovascular.

3.2.3 Cáncer.

3.2.4 EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS PADECIMIENTOS CUBERTOS DE LA COBERTURA DE APOYO FINANCIERO AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO.

4. CONDICIONES GENERALES.

4.1 Prima.

4.2 Moneda.

4.3 Principio y Terminación de la Vigencia.

4.4 Comunicaciones.

4.5 Aceptación del Contrato.

4.6 Agravación del Riesgo.

4.7 Procedimiento en Caso de Siniestro.

4.7.1 Documentación, datos e informes que los Beneficiarios deberán rendir a la Compañía para reclamar una indemnización por la cobertura de Fallecimiento.

4.7.2 Documentación, datos e informes que el Asegurado deberá rendir a la Compañía para reclamar una indemnización por la cobertura de Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico de un Padecimiento Cubierto, como accesorio de la cobertura de Fallecimiento

4.8 Fraude, Dolo, Mala Fe o Culpa Grave.

4.9 Prescripción.

4.10 Competencia.

4.11 Interés Moratorio.

4.12 Revelación de Comisiones.

4.13 Administración de la Póliza.

4.14 Lugar y Plazo del Pago de la Indemnización.

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA Y ENFERMEDADES GRAVES

CLÁUSULA 1ª. DEFINICIONES.

Acto Ilícito: Son aquellos eventos que se realizan de manera voluntaria y que contradicen las normas jurídicas vigentes, mismos que pudieran ser sancionables.

Asegurado: Se refiere a la persona física que otorga su consentimiento para formar parte del grupo amparado por la presente Póliza, siempre que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía en este Contrato de Seguro y cuyo nombre se especifica en el Certificado Individual respectivo.

Beneficiario: Persona(s) designada(s) por el Asegurado, que en términos de este Contrato de Seguro, tendrá(n) el derecho de recibir la indemnización que corresponda a la cobertura por fallecimiento del Asegurado.

Carátula de la Póliza: Documento mediante el cual consta la emisión de la Póliza y que incluye, entre otros, los datos de la Compañía y del Contratante, las características del Grupo asegurado, las fechas de vigencia, edades de aceptación y sumas aseguradas máximas por cobertura.

Certificado Individual: Es el documento expedido por la Compañía, el cual contiene las coberturas contratadas y datos específicos del Asegurado, cumpliendo con lo establecido en el Reglamento vigente.

Compañía: Se refiere a **Assurant Vida México, S.A.**, institución de seguros que asume los riesgos cubiertos en este Contrato de Seguro.

Contrato de Seguro: Es el acuerdo de voluntades entre el Contratante y la Compañía que benefician al Asegurado y/o Beneficiario(s) y que se conforma por: la solicitud, consentimientos, certificados, endosos y la Póliza que contenga las condiciones generales, entre otros documentos, en términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable y vigente.

Fecha de Inicio de Vigencia de las Coberturas: Se especificará en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual correspondiente, y desde ese momento, el Asegurado y/o Beneficiarios contarán con los beneficios establecidos en este Contrato de Seguro.

Grupo: Lo conforman las personas físicas designadas por el Contratante que: i) cuenten con un crédito otorgado por alguna institución financiera; ii) cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía; y iii) que otorguen su Consentimiento para formar parte del mismo.

Padecimientos Cubiertos: Para la cobertura respectiva, se ampara únicamente la primera detección de alguno de los siguientes padecimientos: i) Infarto Agudo al Miocardio; ii) Incidente Cerebrovascular; iii) Cáncer (excepto los expresamente excluidos), según se definen en este clausulado.

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

Siniestro: Eventualidad(es) de realización incierta, previstas y amparadas en el Contrato de Seguro, cuyos efectos son indemnizables por la Compañía al Asegurado o sus Beneficiarios en los términos pactados.

Suma Asegurada: Monto máximo indemnizable por parte de la Compañía y que se especifica por cada cobertura en el Certificado Individual.

CLÁUSULA 2ª. BASES CONTRACTUALES.

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en el Contrato de Seguro del cual forma parte esta Póliza, pagará según sea el caso, al Asegurado o Beneficiario(s) designado(s), las Sumas Aseguradas que correspondan a las coberturas contratadas.

Para formar parte del Grupo asegurado en esta Póliza, se deberá contar con un crédito otorgado por alguna institución financiera, además de cumplir con las características y condiciones establecidas a lo largo de este clausulado.

Por su parte, el Contratante se obliga con la Compañía al pago de las Primas en las fechas señaladas en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 3ª. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

3.1 Fallecimiento. Al fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual correspondiente, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada determinada para esta cobertura, misma que consta en el Certificado Individual correspondiente.

Los Asegurados con derecho a esta cobertura deberán ser personas físicas mayores de edad y podrán ingresar al Grupo asegurado siempre que no rebasen la edad señalada en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura por Fallecimiento no excederá, en ningún caso, la Suma Asegurada máxima por Asegurado establecida en el Certificado Individual correspondiente.

3.1.1 EXCLUSIÓN A LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO.

Esta cobertura no ampara el fallecimiento a causa del suicidio del Asegurado, sin importar la causa que le dio origen, ni el estado mental en el que se encontrase, dentro de los 2 (dos) años consecutivos de vigencia del Contrato de Seguro. En caso de actualizarse el suicidio antes de los 2 (dos) años de vigencia, la Compañía únicamente reembolsará la reserva matemática.

3.2 Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico por primera vez de un Padecimiento Cubierto.

Durante la vigencia de la cobertura por fallecimiento, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada determinada en el Certificado Individual para cada cobertura, cuando sea diagnosticado por primera vez con alguno de los siguientes Padecimientos Cubiertos:

3.2.1 Infarto Agudo al Miocardio.

Definido como la muerte de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de coronariopatía.

Exclusión: 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, Infarto al Miocardio, y por lo tanto, no están cubiertas.

3.2.2 Incidente Cerebrovascular

Definido como 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.

Exclusiones:

- a. Ataques Isquémicos Transitorios (AIT).**
- b. Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.**
- c. Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.**
- d. Trastornos isquémicos del sistema vestibular.**

3.2.3 Cáncer

Para efecto de esta cobertura el cáncer se define como un tumor maligno caracterizado por un crecimiento y la diseminación incontrolable de células malignas con la destrucción del tejido normal. La leucemia, el linfoma y la enfermedad de Hodgkin's están cubiertos bajo esta definición. El cáncer deberá requerir tratamiento con cirugía, radioterapia y/o quimioterapia.

Exclusiones:

- a. Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, pre-malignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.**
- b. Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ.**
- c. Policitemia Vera.**
- d. Trombocitemia Esencial.**
- e. Todos los cánceres cutáneos, no melanoma.**
- f. 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.**
- g. Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.**
- h. Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 m.m. según la clasificación de Breslow.**
- i. 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.**
- j. 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.**

- k. Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) con clasificación menor de la Etapa 3 en la prueba de RAI.**
- l. Todo tipo de Cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro de periodo de espera de clasificación.**

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 las especificaciones de 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 por primera vez de un Padecimiento Cubierto no excederá, en ningún caso, de la Suma Asegurada máxima por Asegurado y por cada Padecimiento Cubierto establecida en el Certificado Individual correspondiente.

3.2.4 EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS PADECIMIENTOS CUBIERTOS DE LA COBERTURA DE APOYO FINANCIERO AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO.

- 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 Padecimiento Cubierto que sea del conocimiento del Asegurado previo a la contratación de la cobertura.**
- c) Actos Ilícitos por parte del Asegurado que den lugar al Padecimiento Cubierto.**
- d) No se pagará el beneficio por diagnóstico de un Padecimiento Cubierto, cuando éstas se originen por la ingesta de medicamentos que no hayan sido prescritos por un médico con cédula profesional, o bien, sustancias que los provoquen.**
- e) Lesiones o enfermedades provocadas por negligencia o culpa grave del Asegurado.**

4. CONDICIONES GENERALES.

4.1 Prima.

La Prima corre a cargo del Contratante, el cual la pagará a la Compañía a través de los medios pactados entre las partes, bajo la modalidad de Prima Unica, misma que vencerá a los 30 días de la emisión del Certificado Individual correspondiente.

La presente cláusula se fundamenta en lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que establece lo siguiente:

“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”.

4.2 Moneda.

Tanto el pago de la Prima, como la indemnización a que haya lugar por éste Contrato de Seguro, se harán en Pesos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos.

4.3 Principio y Terminación de la Vigencia.

El presente es un seguro temporal de corto plazo, no renovable, cuya vigencia principia y termina a las 12 horas en las fechas indicadas en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual.

4.4 Comunicaciones.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá enviarse a la Compañía por escrito, a su domicilio social señalado en la Carátula de la Póliza; y únicamente en caso de que la Compañía haya notificado por escrito un cambio respecto al mismo, deberá el Asegurado enviar las comunicaciones por escrito al último domicilio que la Compañía le haya indicado.

4.5 Aceptación del Contrato.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

4.6 Agravación del Riesgo.

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Aseguradora consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

4.7 Procedimiento en caso de Siniestro.

Al ocurrir un Siniestro que pudiera dar lugar a una Indemnización conforme a este Contrato de Seguro, el Asegurado tendrá la obligación de comunicarlo por escrito a la Compañía en un plazo máximo de 5 (cinco) días naturales, contados a partir del momento en que tenga conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo en estos casos tan pronto cese uno u otro.

La falta oportuna de este aviso podrá dar lugar a que la Indemnización sea reducida proporcionalmente al grado de omisión de esta obligación.

4.7.1 Documentación, datos e informes que los Beneficiarios deberán rendir a la Compañía para reclamar una indemnización por la cobertura de Fallecimiento:

- 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, si no se hubiere entregado con anterioridad;
- 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; si no se hubiere entregado con anterioridad;
- 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.

4.7.2 Documentación, datos e informes que el Asegurado deberá rendir a la Compañía para reclamar una indemnización por la cobertura de Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico por primera vez de un Padecimiento Cubierto, como accesorio de la cobertura de Fallecimiento:

- 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 del Padecimiento Cubierto, 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;
- k) 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, si no se hubiere entregado con anterioridad;
- 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 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;

- l) Original (para cotejo) y copia del comprobante de domicilio del Asegurado, si no se hubiere entregado con anterioridad; y
- f) Los necesarios para poder determinar la ocurrencia y circunstancias del Siniestro y la existencia de cobertura.

4.8 Fraude, Dolo, Mala Fe o Culpa Grave.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- Si el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- Si con igual propósito, en caso de Siniestro, no entregan en tiempo a la Compañía la documentación requerida por estas Condiciones Generales, o cualesquiera otras que se requieran para la comprobación del Siniestro y sus circunstancias.
- Si en el Siniestro o en la reclamación hubiera dolo o mala fe del Asegurado, del Beneficiario o de sus apoderados.
- Si el Siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.

4.9 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.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

4.10 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.

4.11 Interés Moratorio

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.”

4.12 Revelación de Comisiones

Durante la vigencia del Contrato de Seguro, 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, ya sea persona física o moral, por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. 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.

Se debe entender como Contratante del seguro a aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las Primas.

4.13 Administración de la Póliza.

Registro de Asegurados: La Compañía formará una relación del Grupo, denominada “registro de asegurados”, misma que contará, al menos, con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo;
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla;

- c) Fecha de entrada en vigor del seguro por cada uno de los integrantes del Grupo y fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y plan de seguros de que se trate;
- e) Número de Certificado Individual, y
- f) Coberturas amparadas.

En caso de que el Contratante requiera copia de dicho registro de Asegurados, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 (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 asegurado de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (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 asegurados 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 30 (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 las personas, de no hacerlo, se entenderá que las acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Altas: Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza, incluyendo sin limitar, los límites de edad, podrá ser incluida llenando y entregando firmado el Consentimiento respectivo.

Certificado Individual: La Compañía expedirá un Certificado Individual para cada uno de los miembros del Grupo asegurado, en el cual entre otra información, constará el Consentimiento del Asegurado.

Bajas: Se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes del Grupo, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Renovación: Este seguro será renovado automáticamente por periodos iguales y bajo las mismas condiciones en las que fue contratado, salvo que cualquiera de las partes dé aviso por escrito a la otra que es su voluntad darlo por terminado con por lo menos 30 (treinta) días antes de la fecha de vencimiento. El pago de la Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Obligaciones del Contratante: Durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante tendrá las siguientes obligaciones:

- a) Cerciorarse de que los Asegurados cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas en esta Póliza;

- b) Entregar el pago de la Prima a la Compañía, correspondiente a cada Asegurado que ingrese al Grupo;
- c) Encargarse de la administración del presente Contrato de Seguro, en el entendido de que el Contratante deberá proporcionar acceso a la Compañía a la información y documentación correspondiente, a efecto de que la Compañía de cabal cumplimiento, en tiempo y forma, con lo establecido en el Reglamento y demás disposiciones aplicables;
- d) Remitir mensualmente a la Compañía, por sí o a través de terceros, los datos que permitan identificar plenamente: (i) el ingreso de nuevos Asegurados al Grupo, (ii) la separación definitiva de los Asegurados del Grupo, (iii) los Consentimientos recabados por cada uno de los Asegurados, (iv) cualquier cambio en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas;
- e) Tratándose del ingreso de nuevos Asegurados al Grupo, remitir, por sí o a través de terceros, el Consentimiento para ser Asegurado;
- f) Entregar a cada Asegurado su Certificado Individual y recabar del mismo su Consentimiento, así como la descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas, incluyendo las condiciones generales y demás documentación contractual; y
- g) En general, realizar todas las acciones necesarias a fin de dar cumplimiento a los requerimientos de información, incluyendo sin limitar, el registro de asegurados y el expediente al que se refiere el Reglamento, que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, entre otras autoridades, realicen a la Compañía relacionados con el presente Contrato de Seguro.

Cancelación del seguro:

- a) **A petición del Contratante:** El seguro será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito o por los medios electrónicos que establezca la Compañía. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha indicada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en una sola exhibición, la cancelación se hará efectiva hasta el aniversario inmediato siguiente de la Póliza.
- b) **Cancelación Automática:** 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 de Seguro cesarán automáticamente a las 12 horas de dicho término.

4.14 Lugar y Plazo del Pago de la Indemnización.

En caso de ser procedente la reclamación, la Compañía hará el pago de la indemnización que corresponda en sus oficinas y en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completos que le permitan conocer el fundamento y circunstancias del Siniestro reclamado.

Para la gestión de Siniestros o la atención de quejas, se podrán dirigir a: **Assurant Vida México, S.A.** en el tel. 5000.1800 o enviar un escrito a la Compañía y presentarlo en sus oficinas en: Torre Murano, Avenida Insurgentes Sur No. 2453, Oficina 301, Colonia Tizapán, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01090, México, D.F.



Responsable de la Unidad Especializada de Atención a Usuarios: Lic. Deisy León Gallegos, Horario de Atención: Lunes a Jueves de 8:00 a 14:00 y de 15:00 a 17:30 hrs., Viernes de 8:00 a 15:00 hrs. unidad.especializada@assurant.com

“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 26 de septiembre de 2017 con el número CNSF-S0068-0472-2017”. Número de RECAS CONDUSEF-003128-01”.