

**CONDICIONES GENERALES**  
**SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**Y/O ENFERMEDADES CRÍTICAS**

**ÍNDICE**

**CLÁUSULA 1ª. DEFINICIONES**

**CLÁUSULA 2ª. BASES CONTRACTUALES**

**CLÁUSULA 3ª. ALCANCE DEL SEGURO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

**3.1 Descripción de las coberturas**

**3.1.1 Muerte Accidental**

**3.1.2 Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico de un Padecimiento Cubierto**

**3.1.2.1 EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE APOYO FINANCIERO AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO**

**3.1.2.2 Procedimiento Arbitral para resolver controversias por Preexistencia**

**CLÁUSULA 4ª. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS**

**CLÁUSULA 5ª. SERVICIOS DE ASISTENCIA**

## **CLÁUSULA 1ª. DEFINICIONES.**

**Accidente:** Evento externo, violento, súbito, involuntario y fortuito que afecte la integridad física del Asegurado.

**Asegurado:** Se refiere a la persona física que voluntariamente solicita una o varias coberturas ofrecidas por este contrato de seguro.

**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 muerte accidental del Asegurado.

**Cáncer:** La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos.

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

**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 las presentes condiciones generales y Carátula de la Póliza, entre otros documentos, en términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable y vigente.

**Padecimientos Cubiertos:** Para la cobertura respectiva, se ampara únicamente la primera detección de alguno de los siguientes padecimientos: Cáncer en uno o ambos senos (únicamente en Asegurados de sexo femenino), Cáncer en uno o ambos ovarios, Cáncer en el cuello del útero, Cáncer en el útero, Cáncer en la vagina, Cáncer en la vulva, Cáncer en una o ambas trompas de falopio, Cáncer en uno o ambos testículos, Cáncer en la próstata, Cáncer en el escroto y Cáncer en el pene.

**Padecimiento Preexistente:** Se considerará Padecimiento Preexistente, una alteración de la salud: i) Sobre la cual se haya emitido un diagnóstico médico antes del inicio de vigencia de la cobertura respectiva; y/o, ii) Por la cual se haya efectuado un gasto para su tratamiento antes del inicio de vigencia de la cobertura respectiva.

**Periodo de Espera:** Es el período de 30 (treinta) días naturales que deben transcurrir a partir de la fecha en que ocurra un Siniestro, para que el Asegurado pueda presentar su reclamación a la Compañía. Dicho periodo se establecerá en la Carátula de la Póliza y será aplicable únicamente en la cobertura por Apoyo Financiero al Asegurado a consecuencia del Diagnóstico de un Padecimiento Cubierto.

**Prima Neta:** Es la prima pagada menos comisiones y gastos erogados por parte de la Compañía.

**Siniestro:** Eventualidad de realización incierta, prevista y amparada 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 la Carátula de la Póliza.

### **CLÁUSULA 2ª. BASES CONTRACTUALES.**

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

Por su parte, el Contratante se obliga con la Compañía al pago de las primas por cada cobertura contratada, según se indique en la Carátula de la Póliza.

### **CLÁUSULA 3ª. ALCANCE DEL SEGURO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.**

El Asegurado tiene la opción de elegir las coberturas ofrecidas por la Compañía que mejor se adapten a sus necesidades. Las coberturas y Sumas Aseguradas que elija, se harán constar en la Carátula de la Póliza respectiva.

#### **3.1 Descripción de las coberturas:**

**3.1.1 Muerte Accidental.** Al fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada determinada para esta cobertura, misma que consta en la Carátula de la Póliza correspondiente.

Los Asegurados con derecho a esta cobertura deberán ser personas físicas mayores de edad y podrán ser cubiertos siempre que no rebasen las edades de aceptación señaladas en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura por Muerte Accidental no excederá, en ningún caso, de la Suma Asegurada máxima establecida en la Carátula de la Póliza correspondiente.

#### **3.1.2 Apoyo financiero al Asegurado a consecuencia del diagnóstico de un Padecimiento Cubierto.**

Sujeto a un Periodo de Espera de 30 (treinta) días naturales, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada determinada en la Carátula de la Póliza, cuando se diagnostique por primera vez al Asegurado con alguno de los siguientes Padecimientos Cubiertos:

##### **a) Para el caso de los Asegurados de sexo femenino:**

- a) Cáncer en uno o ambos senos.
- b) Cáncer en uno o ambos ovarios.
- c) Cáncer en el cuello del útero.
- d) Cáncer en el útero.
- e) Cáncer en la vagina.
- f) Cáncer en la vulva.
- g) Cáncer en una o ambas trompas de falopio.

##### **b) Para el caso de los Asegurados del sexo masculino:**

- Cáncer en uno o ambos testículos.
- Cáncer en la próstata.
- Cáncer en el escroto.
- Cáncer en el pene.

El diagnóstico deberá constar por escrito y ser suscrito por un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y soportado por los estudios clínicos correspondientes.

Esta cobertura de Apoyo Financiero al Asegurado a consecuencia del Diagnóstico de un Padecimiento Cubierto no excederá, en ningún caso, de la Suma Asegurada máxima por Asegurado establecida en la Carátula de la Póliza correspondiente.

### **3.1.2.1 EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE APOYO FINANCIERO AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO.**

- a) Enfermedad Preexistente, en el caso de esta cobertura, un Padecimiento Cubierto que hubiere sido diagnosticado al Asegurado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método o diagnóstico; y/o, Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza; y/o, Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la Póliza.**
- b) La Compañía no pagará la Suma Asegurada correspondiente, por el diagnóstico de un Cáncer distinto a los señalados en los Padecimientos Cubiertos.**
- c) 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.**
- d) No se pagará reclamación alguna dentro del Periodo de Espera indicado.**

### **3.1.2.2 PROCEDIMIENTO ARBITRAL PARA RESOLVER CONTROVERSIAS POR PREEXISTENCIA.**

En caso de controversia relacionada con Padecimientos Preexistentes y una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, el Asegurado podrá optar por acudir a un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esa instancia, se somete a comparecer ante ese árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para reclamante, y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

## **CLÁUSULA 4ª. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.**

### **4.1 Prima.**

Para efectos del presente Contrato de Seguro, el Contratante se obliga a pagar una prima única dentro de los 30 (treinta) días posteriores al vencimiento de ésta.

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

“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.**

La vigencia de este Contrato de Seguro principia y termina a las 12 horas en las fechas indicadas en la Carátula de la Póliza.

El Contratante podrá solicitar la cancelación de las coberturas contratadas en cualquier momento de su vigencia, ante lo cual la Compañía se obliga a devolver la Prima Neta no devengada, misma que se le reembolsará en un periodo no mayor a 10 (diez) días hábiles, por los medios que la Compañía ponga a su disposición.

### **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 Muerte Accidental:**

- 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 (en caso de no haberse proporcionado antes);
- e) Original o copia de la Carátula de la Póliza, si la tuviera;
- 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 (en caso de no haberse proporcionado antes);
- h) Copia de la historia clínica del Asegurado, para acreditar la circunstancia de Muerte Accidental que se reclama;
- i) Copia de las actuaciones del Ministerio Público, para acreditar la circunstancia de Muerte Accidental que se reclama; 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 de un Padecimiento Cubierto:**

- 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;
- 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 (en caso de no haberse proporcionado antes);
- e) Original o copia de la Carátula de la Póliza, si la tuviera;
- 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 (en caso de no haberse proporcionado antes); y
- h) Los necesarios para poder determinar la ocurrencia y circunstancias del Siniestro y la existencia de cobertura.

#### **4.7 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.

#### **4.8 Prescripción**

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados en 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.

#### **4.9 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 para las coberturas por fallecimiento del Asegurado y de 2 (dos) años con relación al resto de las coberturas, 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.

#### **4.10 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 de Fianzas, durante el lapso de demora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

**“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.”

#### **4.11 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.

#### **4.15 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.

#### **CLÁUSULA 5ª. SERVICIOS DE ASISTENCIA.**

Los Servicios de Asistencia incluidos en este apartado son distintos a las coberturas de seguro indicadas en estas Condiciones Generales, serán contratadas **voluntariamente** por el Asegurado en adición a alguna de las coberturas del seguro, 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 una Póliza, serán quienes puedan gozar de los Servicios de Asistencia ofrecidos. Se aclara que en caso de fallecimiento del Usuario, los derechos de los servicios de asistencia funeraria que se ofrecen serán ejercidos por sus familiares o representantes.
- 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. **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 y contarán *con renovación automática*, siempre que la Póliza que ampare al Usuario permanezca vigente.

#### **1. ASISTENCIA LEGAL FUNERARIA**

**Para el caso de fallecimiento del Usuario titular de la Póliza, INFOASIST garantiza la presencia de por lo menos uno de sus abogados, quien asistirá a los deudos mediante la prestación de 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) 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; y

- (iv) 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.

**Sin límite de eventos. El costo de las copias certificadas y el pago de derechos ante cualquier autoridad serán por cuenta y a costa del Usuario (sus deudos, familiares o representantes).**

## **2. ASISTENCIA FUNERARIA.**

**Estos servicios aplican únicamente para el caso de fallecimiento del Usuario titular de la Póliza.**

**El servicio ofrecido consiste en la coordinación y pago directo por parte de INFOASIST a los prestadores de servicios, de acuerdo a lo siguiente:**

- (i) Arreglo estético del cuerpo.
- (ii) Ataúd básico.
- (iii) Capilla de Velación o domiciliaria.
- (iv) Carroza Fúnebre al Cementerio.
- (v) Autobús de acompañamiento (sujeto a disponibilidad).
- (vi) Cremación.
- (vii) Urna Básica para cenizas.

Este beneficio se limita al pago directo a los prestadores de servicios funerarios de hasta **\$15,000 pesos** (quince mil pesos, moneda nacional).

## **3. ASISTENCIA PISCOTELEFÓNICA.**

En caso de que el Usuario lo requiera, los psicólogos especialistas de INFOASIST ofrecerán las 24 horas del día, los 365 días del año, asesoramiento, consultas y orientación a distancia (vía telefónica) a problemáticas comunes como: depresión, adicciones, divorcios, violencia, problemas escolares, entre otros. La asistencia será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos y sin emitir diagnóstico alguno.

**Sin límite de eventos. La duración de la llamada tendrá un tiempo máximo de 20 minutos por sesión.**

## **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 788 3757**, 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.

#### 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 o su familiar, 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 en ningún caso resarcirá daños o reembolsará al Usuario cantidad alguna que éste hubiera erogado.

#### 5. NORMAS GENERALES.

- a. **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.
- b. **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.
- c. **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.

#### 6. EXCLUSIONES.

**El Usuario NO tendrá derecho a recibir los Servicios de Asistencia ofrecidos por parte de INFOASIST:**

1. Cuando por una acción intencional del Usuario o sus familiares, pudiera resultar en la comisión de un delito.
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 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. 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. Ante cualquier inconformidad o deficiencia en la prestación de los **Servicios de Asistencia**, el Usuario podrá acudir ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

***“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 16 de agosto de 2017 con el número PPAQ-S0068-0071-2017”. Número RECAS: CONDUSEF-002692-01.***