

# SEGURO DE DIAGNOSTICO DE CÁNCER

## SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

### CLÁUSULA 1ª. BASES CONTRACTUALES

ACE Seguros, S. A., en adelante denominada la Aseguradora con sujeción a lo estipulado en esta póliza, y siempre y cuando se encuentre en vigor, pagará al Asegurado las Sumas Aseguradas que correspondan a las coberturas contratadas, si después de haber transcurrido el período de espera de seis meses que se indica en su carátula, se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer conforme a la definición que del mismo se hace en esta póliza.

Si el diagnóstico de cáncer ocurre dentro del plazo de espera de seis meses en transcurso a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación, la Aseguradora no efectuará pago alguno de indemnización, y su obligación se limitará a reembolsar al Asegurado la prima pagada.

Por su parte, el Contratante se obliga con la Aseguradora al pago de las primas en las fechas señaladas en la carátula de la póliza.

### CLÁUSULA 2ª. AMPLITUD DEL SEGURO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El Contratante tiene la opción de elegir cuales de las coberturas básicas o adicionales que más abajo se describen, quiere integrar en la póliza; su elección se hace constar en su carátula en el cuadro de coberturas y límites

#### 2.1 Descripción de las coberturas básicas:

##### 2.1.1 Indemnización por diagnóstico de Cáncer

Si al Asegurado se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer, la Aseguradora le pagará en una sola exhibición, la Suma Asegurada consignada en la carátula de la póliza, o en el certificado individual, para esta cobertura.

##### 2.1.2 Indemnización por hospitalización

Si al Asegurado se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer y éste es internado por indicación médica en un hospital, la Aseguradora pagará mientras esté internado y con la limitación de hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días, la indemnización diaria que se especifica como tal en la carátula de la póliza.

En el caso de hospitalizaciones sucesivas, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior para efectos de computar el período máximo de beneficio de trescientos sesenta y cinco días.

##### 2.1.3 Indemnización por cirugía

Si se le diagnostica por primera vez al Asegurado el padecimiento de Cáncer y es internado en un hospital para practicarle una intervención quirúrgica prescrita y realizada por un médico, la Aseguradora pagará los gastos usuales y acostumbrados de tal intervención hasta el límite señalado en la carátula de la póliza. En caso de que en una misma incisión se efectúe más de una intervención quirúrgica, únicamente se pagará la cirugía de mayor costo.

La responsabilidad de la Aseguradora está limitada en total hasta cinco intervenciones quirúrgicas que sean requeridas dentro de un plazo máximo de dos años contados a partir de la fecha de la primera intervención, sin que el monto total de los gastos acumulados exceda de la suma asegurada máxima contratada para este concepto.

La cobertura abarca los siguientes rubros:

- Los gastos usuales y acostumbrados por concepto de honorarios médico quirúrgicos

- Los gastos usuales y acostumbrados que el hospital cargue diariamente por habitación y alimentos por los días que dure el internamiento por la intervención quirúrgica

### CLÁUSULA 3ª DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente Contrato de Seguro, las siguientes palabras o frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente:

1. Aseguradora  
ACE Seguros, S.A.
2. Asegurado  
Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y que puede tener el carácter de titular cuando así aparezca en la carátula de la póliza, o de familiar cuando aparezca en el endoso de inclusión de familiares y en el certificado correspondiente.
3. Contratante  
Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las Primas.
4. Médico  
Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.
5. Especialista  
Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta póliza.
6. Enfermedades Preexistentes
  1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
    - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
    - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del ASEGURADO bajo la Póliza.
    - c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La ASEGURADORA sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la ASEGURADORA cuente con pruebas documentales de que el ASEGURADO haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al ASEGURADO el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente

médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

**b)** Que previamente a la celebración del contrato, el ASEGURADO haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la ASEGURADORA, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al ASEGURADO que se someta a un examen médico.

Al ASEGURADO que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

4. En el caso de que el ASEGURADO manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la ASEGURADORA podrá aceptar el riesgo declarado.

5. El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la ASEGURADORA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por la ASEGURADORA.

#### 7. Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento

#### 8. Convalecencia

Es el periodo que el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio, por prescripción de un médico, exceptuando las salidas que haga de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

#### 9. Pruebas Patológicas

Todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de esta póliza. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por médico legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

#### 10. Diagnóstico de Cáncer

Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de la que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba patológica.

#### 11. Cáncer in situ

Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (Neoplasia), por cambios en la estructura interna (Relación citoplasma – núcleo), sin rebasar más allá de la membrana basal.

#### 12. Hospital

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado

#### 13. Gastos usuales y acostumbrados

Honorarios y gastos generados por la atención médica que reciba el Asegurado como consecuencia de una Enfermedad Cubierta y/o Accidente Cubierto, mismos que no deberán exceder los honorarios y gastos por atención médica que se acostumbre pagar para una atención médica similar otorgada en el mismo lugar, para una persona del mismo sexo, edad y por una Enfermedad/Accidente de características semejantes.

#### 14. Período de espera.

Se define como período de espera al período de ciento ochenta (180) días naturales posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula o certificado de la póliza, este periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro.

#### 15. Póliza

Es el testimonio del contrato celebrado entre la Aseguradora y el Contratante el cual se integra por la póliza, sus endosos, anexos, la solicitud del seguro y cualesquier otro cuestionario firmado por el Contratante y/o Asegurado relacionado con la apreciación del estado de salud del Asegurado

#### 16. Prima neta

Se define como prima neta a la cantidad a cargo del contratante antes del Impuesto al Valor Agregado.

### CLÁUSULA 4ª EXCLUSIONES

#### LAS COBERTURAS BÁSICAS Y ADICIONALES DEL SEGURO DE PROTECCIÓN TOTAL CONTRA EL CÁNCER MENCIONADAS EN LA CLÁUSULA 2 NO AMPARAN:

1.- NINGÚN BENEFICIO QUE SE BASE EN UN DIAGNÓSTICO HECHO POR UNA PERSONA QUE SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE VIVA EN LA MISMA CASA QUE EL ASEGURADO SE PAGARÁ, SIN IMPORTAR SI LA PERSONA ES UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.

2.- UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA SI AL MOMENTO DE UNA CRISIS, EL ASEGURADO TENÍA SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O TENÍA ANTICUERPOS POSITIVOS DE VIH EN LA PRUEBA SANGUÍNEA.

LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A NEUMOSIASTISIS, NEUMONÍA CARINII, VIRUS DE ORGANISMOS DE ENTERITIS CRÓNICA Y/O INFECCIONES DISEMINADAS POR HONGOS.

3.- CÁNCER DE LA PIEL, ESPECÍFICAMENTE DEL TIPO BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR.

4.- CUALQUIER GASTO ASOCIADO A UN INTERNAMIENTO EN UN ESTABLECIMIENTO DISTINTO DE UN HOSPITAL.

5.- CÁNCER PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA.

6.- CÁNCER CÉRVICO UTERINO “IN SITU”.

### CLÁUSULA 5ª. ADMINISTRACIÓN DE INDEMNIZACIONES

#### 1 Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

#### 2 Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las reclamaciones indicadas.

### 3 Pago

La indemnización que proceda será pagada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

En el caso de Indemnizaciones que se consignan por día, el pago se realizará por períodos mensuales vencidos, o bien por el número de días si es que el período de indemnizaciones pendientes es menor.

### 4 Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

### 5 Cambio de beneficiarios

Cualquier Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer una nueva designación a la Aseguradora, la cual pagará cualquier reclamación procedente pendiente, a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación.

### 6 Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o por parte de la Aseguradora, se verificarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de este contrato, serán reembolsados al equivalente en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México, vigente a la fecha de pago.

## CLÁUSULA 6ª. PROCEDIMIENTOS

### 1 Terminación de Cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará en el aniversario inmediato posterior en que éste cumpla setenta (70) años de edad.

La protección correspondiente a cada Asegurado indemnizado terminará en dos años contados a partir del diagnóstico de cáncer, o hasta que se extinga la última obligación de la Aseguradora por el pago de alguna o algunas de las indemnizaciones garantizadas por esta póliza.

### 2 Renovación

Para cada uno de los asegurados este Seguro podrá ser renovado por periodos de un año. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos treinta días antes de la fecha de su vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación, la prima a cargo del Contratante será la que corresponda a las edades alcanzadas por los Asegurados.

### 3.- Edad

Las edades mínimas y máximas de aceptación para esta póliza son:

Para Asegurados titulares: Mínima dieciocho años cumplidos, máxima: sesenta y cuatro años, con renovación a los sesenta y nueve.

Las edades de los Asegurados asentados en esta póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato del seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, los Beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos sin ningún valor para el Asegurado, y la Aseguradora reintegrará al Asegurado el sesenta y cinco por ciento de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

Art. 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. *“Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados, se aplicarán las siguientes reglas:*

1. *Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la*

*proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de la tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.*

2. *Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;*

3. *Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.*

4. *Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.*

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

## 4.- Cancelación del Seguro

A) A petición del Contratante:

El Seguro con respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la póliza.

B) Cancelación Automática

Esta póliza se cancelará automáticamente al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular. En caso de que existan familiares asegurados, la póliza continuará en vigor para ellos durante el periodo de vigencia que alcance a cubrir las primas pagadas.

En todo caso, los Asegurados familiares tienen el derecho de solicitar la emisión de un seguro que los proteja de manera semejante.

## SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

### CLÁUSULA 1ª. PRIMA

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

En caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al

Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

#### **CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN**

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

#### **CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO**

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

#### **CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO**

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

#### **CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES**

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

#### **CLÁUSULA 6ª. NOTIFICACIONES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora en el domicilio social indicado en la carátula o certificado de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Aseguradora.

#### **CLÁUSULA 7ª. COMPETENCIA**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera

de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución financiera a satisfacer las pretensiones del usuario

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien 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.

#### **CLÁUSULA 8ª. INTERÉS MORATORIO**

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido 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, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

#### **CLÁUSULA 9ª. PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos (2) 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 el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora.

#### **CLÁUSULA 10ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL 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 (30) días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

#### **CLÁUSULA 11ª. CLÁUSULA DE COMISIONES O COMPENSACIONES.**

"Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Institución 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 Institución 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".

ACE Seguros, S.A.

Edificio Arcos Oriente, Bosques de Alisos No. 47-A, 1er. Piso,  
Colonia Bosques de las Lomas,  
México, D.F., C.P. 05120

*La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0039-0644-2005 de fecha 12/07/2006.*

## **CLÁUSULA PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (CIRCULAR 25.5)**

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Circular S-25.5 de fecha 29 de septiembre de 2009, ACE SEGUROS, S.A. está obligada, en los contratos de adhesión que celebre bajo la comercialización a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren el tercer párrafo y las fracciones I y II del artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, a hacer del conocimiento del contratante o asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

- a. ACE Seguros, S.A. tendrá la obligación de entregar al asegurado o contratante, la póliza o certificado, endosos, o cualquier otro documento que incorpore derechos u obligaciones para las partes.
- b. Cuando no se realice la entrega inmediata de la póliza, ACE Seguros, S.A. estará obligada a hacer del conocimiento del contratante o asegurado la forma en que podrá obtenerla, así como el mecanismo para cancelarla o solicitar que no se renueve automáticamente la misma, de acuerdo con los supuestos siguientes:
  1. En el caso de venta telefónica, la forma de la entrega de la documentación contractual se incluirá en las guías de venta que utilice la institución.
  2. En el caso de venta a través de Internet, la forma de entrega se establecerá mediante el procedimiento que se indique en la página WEB de ACE Seguros, S.A.
  3. En los casos de venta por empleados o apoderados de un prestador de servicios a los que se refiere el tercer párrafo y las fracciones I y II del artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la forma de entrega de la póliza se establecerá en el proceso de contratación.

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a

los teléfonos 52 58 58 00 en el D.F., o al 01 800 223 2001 OPCION 1 para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet : <http://author.aceins.com/ACELatinAmericaRoot/Mexico/General+Conditions/> obtenga las condiciones generales de su producto.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0039-0140-2009 de fecha 21 de diciembre de 2009