



**ABA**

Seguro  
para la Mujer

de Chubb Seguros México, S.A.

Seguro para la Mujer Chubb

## Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula 1ª. Cobertura Básica	4
Cláusula 2ª. Limitación de la Cobertura Básica	6
Cláusula 3ª. Coberturas Opcionales	6
Cláusula 4ª. Periodo de Espera	8
Cláusula 5ª. Exclusiones Generales	8
Cláusula 6ª. Definiciones	9
Cláusula 7ª. Edades de Aceptación	12
Cláusula 8ª. Designación y Cambio de Beneficiarios	13
Cláusula 9ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	13
Cláusula 10ª. Territorialidad	14
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	14
Cláusula 1ª. Prima	14
Cláusula 2ª. Rehabilitación	15
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	16
Cláusula 4ª. Modificaciones al Contrato	16
Cláusula 5ª. Omisiones y Falsas Declaraciones	16
Cláusula 6ª. Notificaciones	16
Cláusula 7ª. Competencia	16
Cláusula 8ª. Interés Moratorio	17

Cláusula 9ª. Prescripción	17
Cláusula 10ª. Moneda	17
Cláusula 11ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	17
Cláusula 12ª. Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro	18
Anexos	
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de (Accidentes y Enfermedades)	19
Cláusula OFAC	20
Aviso de Privacidad	21

# Póliza del Seguro para la Mujer

## Sección Primera Disposiciones Particulares

### Cláusula 1ª. Cobertura Básica

---

#### Enfermedades Graves

La Aseguradora cubrirá a la Asegurada el pago de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura que aparezca en la Carátula y/o Especificación de la Póliza, en caso de diagnóstico por primera vez en la vida de la Asegurada y comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza de alguna de las Enfermedades Graves descritas a continuación:

#### a) Todo Tipo de Cáncer

##### Definición

Todo crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas.

##### Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida de la Asegurada y dentro de la vigencia de la Póliza de cualquier tipo de cáncer.

##### Se excluyen

- Los tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- El carcinoma “in situ” (que se entiende como la substitución del epitelio normal por células anormales, que muestran cambios en la estructura interna sin rebasar mas allá de la membrana basal, en cualquier parte del cuerpo).
- Los cánceres de piel de tipo basocelular y espinocelular.
- Cáncer preexistente a la contratación de este seguro.

#### b) Enfermedades Cardio-Vasculares

##### Definición

Son las enfermedades del corazón, incidentes en el músculo cardiaco, en las arterias y en las válvulas de este órgano.

##### Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida de la Asegurada y dentro de la vigencia de la Póliza de cualquier enfermedad cardiológica derivada de coronariopatías agudas o crónicas, enfermedades valvulares o musculares, debidamente comprobadas.

### **c) Enfermedades Cerebro-Vasculares**

#### **Definición**

Isquemia cerebral (disminución y/o interrupción del flujo sanguíneo en las áreas a ser irrigadas del tejido cerebral) o hemorragia intracraneana, resultante de problemas vasculares que produzca destrucción del tejido cerebral y/o secuela neurológica definitiva.

#### **Riesgo Cubierto**

Estarán cubiertas las Aseguradas a las que se les diagnostique por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza, cualquier Enfermedad Cerebro-Vascular.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología, el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

Se incluyen en este apartado las Enfermedades Cerebro-Vasculares que sufra la Asegurada como consecuencia de un Accidente Cubierto.

#### **Se excluye**

- **Ataques isquémicos transitorios (AIT).**

### **d) Trasplante de Órganos Vitales**

#### **Definición**

Es la transferencia al cuerpo de la Asegurada de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

#### **Riesgo Cubierto**

Estarán cubiertas las Aseguradas que necesiten un trasplante caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican abajo, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos:

- Corazón
- Hígado
- Médula ósea
- Páncreas
- Pulmón
- Riñón

Se incluyen en este apartado los Trasplantes de Órganos Vitales que sufra la Asegurada como consecuencia de un Accidente Cubierto.

#### **Se excluye**

- **Cualquier gasto incurrido por el donante.**
- **Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del Corazón.**

## **e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

### **Definición**

El SIDA es un conjunto de signos y síntomas de inmunodeficiencia secundaria resultante de la infección por el virus VIH que se caracteriza por infecciones oportunistas, neoplasias malignas, disfunciones neurológicas y varios otros síntomas.

### **Riesgo Cubierto**

El diagnóstico por primera vez en la vida de la Asegurada y dentro de la vigencia de la Póliza de SIDA.

**La Aseguradora no pagará la suma Asegurada si al momento de contratación de la Póliza la Asegurada era seropositiva (es decir, infectada por el virus VIH).**

## **Cláusula 2ª. Limitación de la Cobertura Básica**

---

### **Importante**

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida de la Asegurada de una y solo una de las Enfermedades Graves de las mencionadas en la Cláusula 1ª. Cobertura Básica, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

El pago de cualquier Suma Asegurada derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de la cobertura básica.

## **Cláusula 3ª. Coberturas Opcionales**

---

Este seguro cubrirá, siempre y cuando aparezca como contratado en la Carátula y/o Especificación de la Póliza y se pague la prima adicional correspondiente, cada uno de los servicios/riesgos siguientes a consecuencia de alguna de las enfermedades cubiertas anteriormente descritas en la Sección 1.1 Enfermedades Graves:

### **3.1. Fallecimiento de la Asegurada a causa de alguna de las enfermedades graves cubiertas**

Se garantiza al (los) Beneficiario(s) el pago de la Suma Asegurada contratada para esta Sección y que aparece en la Carátula y/o Especificación de la Póliza en caso de fallecimiento de la Asegurada, siempre y cuando la causa del fallecimiento sea alguna de las enfermedades cubiertas anteriormente descritas en la Sección 1.1 Enfermedades Graves.

### **3.2. Servicios de hospitalización**

Se pagará la Suma Asegurada establecida en la Carátula y/o Especificación de la Póliza que servirá para cubrir los servicios médicos y/o quirúrgicos suministrados a la Asegurada que sea admitida y registrada como paciente interno en un Hospital, los cuales hayan sido prescritos por un médico.

La Suma Asegurada se cubrirá siempre y cuando la Asegurada se encuentre internada en el Hospital por un período mayor a 24 horas continuas.

Estos servicios incluyen:

#### **3.2.1 Tratamiento quirúrgico proporcionado por un hospital**

- Gastos de sala de operaciones, terapia intensiva, recuperación o de curación.
- Gastos de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, ultrasonido, encefalogramas, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad cubierta por la Sección 1.1 Enfermedades Graves de esta Póliza.
- Gastos originados por consumo de oxígeno.

- Gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- Equipo de anestesia y material médico.
- Medicamentos necesarios para atender el padecimiento cubierto.

### **3.2.2 Tratamiento suplementario al recibido en el hospital**

Son aquellos servicios y/o tratamientos suplementarios recibidos por la Asegurada siempre y cuando:

- Sean a consecuencia directa de una enfermedad cubierta por la Sección 1.1 Enfermedades Graves de esta Póliza, que haya ameritado la hospitalización de la Asegurada.
- Sean prescritos dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que haya sido dada de alta como paciente del hospital donde recibió la atención.

Estos servicios incluyen:

- Medicamentos adquiridos por la Asegurada posteriores al internamiento en el hospital, siempre y cuando sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta correspondiente y estos guarden una relación directa con el padecimiento cubierto en la Póliza.
- Gastos originados por la renta de aparatos ortopédicos y prótesis, que se requieran a consecuencia de una enfermedad cubierta, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado. En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Aseguradora.

### **Queda excluida la reposición de aparatos de prótesis**

- Los gastos por Tratamiento Post-Operatorio fuera del hospital están cubiertos durante el Período Post-Operatorio que se establece en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

### **3.2.3 Honorarios médicos**

- Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes.
- Honorarios por consultas médicas en Hospital, consultorio o domicilio a razón de una consulta o visita médica por día.
- Honorarios por anestesista.

### **3.2.4 Cuarto y alimentos durante la estancia en el hospital**

- Habitación privada estándar con baño, así como los alimentos.
- Unidad de Terapia Intensiva.

## **3.3. Transporte médico de emergencia**

Se pagará la Suma Asegurada establecida más adelante, la cual deberá servir para cubrir los gastos incurridos por la Asegurada por el uso del Transporte Médico de Emergencia siguiente:

### **3.3.1 Ambulancia Terrestre**

En caso de Urgencia Médica, se cubre la transportación terrestre proporcionada por servicios profesionales de ambulancia hacia o desde un hospital, inmediatamente antes o después de un periodo de hospitalización, de acuerdo a lo siguiente:

- Cuando el servicio sea proporcionado dentro de una misma población, se pagará un salario mínimo general mensual de la Ciudad de México;
- Cuando el servicio sea proporcionado de una población a otra, existiendo al menos cincuenta kilómetros entre ellas, se pagarán diez salarios mínimos generales mensuales de la Ciudad de México, siempre y cuando sea trasladado al lugar más cercano donde pueda ser atendido.

### **3.3.2 Ambulancia Aérea**

Se cubren los servicios prestados por Ambulancias aéreas, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- El evento de que se trate, deberá cumplir estrictamente la condición de Urgencia Médica;
- Se cubrirá siempre y cuando en la población donde se presente la Urgencia Médica no existan los recursos médicos y/o hospitalarios necesarios para atender dicha urgencia;
- Se deberá trasladar al lugar más cercano, que reúna los recursos necesarios para su atención;
- Suma asegurada de acuerdo a lo establecido en la Carátula y/o Especificación de la Póliza;

### **3.4. Gastos para un acompañante de la asegurada en caso de ser internada en un hospital (a partir del 7° día)**

Se pagará la Suma Asegurada establecida en la Carátula y/o Especificación de la Póliza a partir del 7º. día de que la Asegurada se encuentre internada en un hospital, para cubrir, dentro del hospital, el costo de la habitación, así como el de los alimentos, de un acompañante.

### **3.5. Servicios de enfermería**

Se pagará la Suma Asegurada establecida en la Carátula y/o Especificación de la Póliza para cubrir los honorarios de enfermeras, que bajo prescripción del médico tratante, sea necesario para la Convalecencia domiciliaria.

## **Cláusula 4ª. Periodo de Espera**

---

Para todas las coberturas de este Seguro existirá un Periodo de Espera de seis (6) meses inmediatos al inicio de la vigencia de la Póliza durante el cual la Asegurada no estará amparada. Este periodo operará cada vez que se renueve el Seguro, cuando éste no haya sido renovado de forma inmediata a su terminación.

Dicho periodo de espera no aplicará en los casos siguientes de urgencia médica:

- Infarto Cerebral
- Infarto Miocárdico
- Aneurisma

## **Cláusula 5ª. Exclusiones Generales**

---

**Solo quedan cubiertas por este seguro las enfermedades descritas en la cláusula 1ª. Cobertura básica - Sección 1.1 Enfermedades graves y en la Cláusula 3ª. Coberturas opcionales, excluyéndose:**

- **Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas (incluyendo padecimientos hereditarios).**
- **Accidentes o enfermedades provocados por el uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.**
- **Accidentes o enfermedades provocados por actos u operaciones de Guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.**
- **Accidentes o enfermedades provocados por huracanes, ciclones, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas y otras convulsiones de la naturaleza.**



- **Accidentes o enfermedades provocados por actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por la asegurada.**
- **Accidentes o enfermedades que se basen en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia de la asegurada o que viva en la misma casa que la asegurada, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.**
- **Tratamientos preventivos.**
- **Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.**
- **Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como accidentes ocurridos por culpa grave de la asegurada como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol o de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueren prescritos por un médico.**
- **Suicidio o intento del mismo o mutilación voluntaria.**
- **Enfermedades ocasionadas como consecuencia de sufrir obesidad mórbida (definida por un índice de masa corporal (IMC) mayor a 32 unidades), reducción de peso, desórdenes alimenticios y/o enfermedades como la bulimia y la anorexia.**
- **Padecimientos originados por participar la asegurada como donadora de órganos.**
- **Prótesis, dispositivos correctivos e instrumentos médicos que no requieren una operación interna para ser colocados en el cuerpo.**
- **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.**

#### **Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:**

- **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajera o mecánica, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- **Participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, a excepción de los ocasionados por accidente.**
- **Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.**
- **Lesiones que la asegurada sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

#### **Cláusula 6ª. 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. Accidente Cubierto:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto, no se consideran accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

**2. Aseguradora:** Chubb Seguros México, S.A.

**3. Asegurada:** Es la persona de sexo femenino, por nacimiento, que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y que aparezca como tal en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

**4. Convalecencia:** Es el periodo que la Asegurada debe permanecer constantemente reclusa 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.

**5. Enfermedad Grave:** Para efectos del presente contrato de seguro, se considerará como Enfermedad Grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

**6. Gasto Usual y Acostumbrado:** Honorarios y gastos generados por la atención médica que reciba la Asegurada 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.

**7. 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

**8. Médico Capacitado:** Será considerado como Médico Capacitado aquel que no sea familiar de la Asegurada portador de un título de medicina y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

**9. Médico Especialista:** Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar diagnósticos o prescribir tratamientos para las enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza, que no sea familiar de la Asegurada, y sea portador de un título de especialista y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

**10. Metástasis:** Presencia de tejido neoplásico maligno en ubicación diferente de la lesión primaria inicial, del mismo tipo histológico que surge en consecuencia de la diseminación del tumor primario por medio del torrente sanguíneo o linfático.

**11. Neoplasia:** Enfermedad caracterizada por la proliferación anormal de células, tumoral o no, de carácter benigno o maligno.

**12. Neoplasia Benigna:** Proliferación anormal de células de diversos tipos de tejidos que no presentan potencial de diseminación hacia otros sitios que no son de origen, por medio del torrente sanguíneo o linfático, sin causar metástasis y presentando características celulares benignas confirmadas por medio de estudios anatomopatológicos.

**13. Neoplasia Maligna:** Proliferación anormal y descontrolada de células de diversos tipos de tejidos que se pueden diseminar por el torrente sanguíneo o por medio de los vasos linfáticos, con potencial de implantación en otros órganos y tejidos, causando metástasis y que presenta características celulares y anatomopatológicas, macroscópicas y microscópicas de neoplasia maligna.

**14. Padecimientos y/o 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 de la Asegurada dentro de la Póliza
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura de la Asegurada 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 la Asegurada haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar a la Asegurada 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, la Asegurada 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 a la Asegurada que se someta a un examen médico.

A la Asegurada 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 la Asegurada manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.
5. La Asegurada 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 la Asegurada 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 la Asegurada y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

**15. Póliza y/o Contrato de Seguro:** 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 cualesquiera otros cuestionarios firmados por el Contratante y/o Asegurado relacionado con la apreciación del estado de salud de la Asegurada.

**16. Pruebas Patológicas:** Todos aquellos documentos, que en su conjunto o individualmente, 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 y/o la anatomía patológica. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

Los documentos de diagnóstico de enfermedades cerebro-vasculares, deberán ser firmados por un médico especialista en neurología o un médico internista o intensivista o cirujano vascular periférico.

**17. Urgencia Médica:** Es la Enfermedad Grave Cubierta o Accidente Cubierto que se presente en forma súbita o inesperada y que requiera atención médica inmediata para prevenir un daño irreversible en la salud.

## Cláusula 7ª. Edades de Aceptación

---

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

Mínima: 0 años

Máxima: 65 años

La edad máxima para renovaciones será de 69 (sesenta y nueve) años.

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.”

## **Cláusula 8ª. Designación y Cambio de Beneficiarios**

---

Se entenderá como Beneficiario para cobrar el importe del seguro en caso de fallecimiento de la Asegurada, a la persona o personas cuyos nombres estén anotados con tal carácter en la Carátula y/o Especificación de la Póliza. A menos que el Beneficiario hubiese sido designado con carácter irrevocable, la Asegurada podrá cambiarlo en cualquier momento, mediante solicitud escrita a la Aseguradora y exhibición de su Póliza para su anotación. En caso de que la Asegurada no comunique por escrito oportunamente el cambio de Beneficiario, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios registrados en la Póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones. El Beneficiario no adquiere ni transmite derecho alguno si fallece antes o al mismo tiempo que la Asegurada, salvo el caso de que hubiese sido designado con carácter irrevocable, de acuerdo con las disposiciones legales que al respecto existan.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Aseguradora la suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva a la Asegurada, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión de la Asegurada.

La Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

## **Cláusula 9ª. Procedimiento en Caso de Siniestro**

---

Al ocurrir el Siniestro, se deberá entregar a la Aseguradora una copia autenticada de la documentación que se indica más adelante, para su análisis y determinación de procedencia del reclamo. Estos documentos son imprescindibles para el análisis de la procedencia del Siniestro y su entrega es sin perjuicio de que la Aseguradora pueda solicitar otros documentos, siempre que haya alguna duda fundada y justificable.

### **Para la Cobertura de Enfermedades Graves:**

- Aviso de Siniestro
- Identificación Oficial de la Asegurada (Credencial del IFE, Pasaporte,)
- Acta de nacimiento
- Informe médico detallado, firmado por el Médico Capacitado tratante que contenga el diagnóstico
- Exámenes complementarios que comprueben el diagnóstico y el registro médico correspondiente en caso de internación hospitalaria

### **Para la Cobertura de Fallecimiento de la Asegurada a causa de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas por este Seguro:**

- Aviso de Siniestro.
- Identificación Oficial de la Asegurada (Credencial del IFE, Pasaporte).
- Acta de nacimiento.
- Identificación Oficial del Beneficiario (Credencial del IFE, Pasaporte, Acta de Nacimiento).

- Examen de Diagnóstico cuando sea requerido en función de la causa de muerte (Resonancia Magnética, Biopsia y anatomopatológica).
- Acta de Defunción de la Asegurada.

**Para las coberturas opcionales (en caso de haber sido contratadas)**

- Aviso de Siniestro.
- Identificación Oficial de la Asegurada (Credencial del IFE, Pasaporte).
- Acta de nacimiento.
- Informe médico detallado, firmado por el Médico Capacitado tratante que contenga el diagnóstico.
- Documentos complementarios que comprueben la procedencia del siniestro para cada una de las coberturas contratadas y el registro médico correspondiente en caso de internación hospitalaria.
- Las demás que se requieran para la comprobación del siniestro.

Los valores correspondientes derivados de un Siniestro cubierto se pagarán en un plazo máximo de 30 (treinta) días, contados a partir de la presentación de todos los documentos necesarios para la liquidación.

La Aseguradora podrá exigir una sola vez los documentos complementarios, siempre que haya una duda fundada y justificable, sin perjuicio de la realización de la Investigación prevista en la cláusula intitulada "Investigación de la Aseguradora" contenida en el presente contrato.

**Investigación de la Aseguradora**

En caso de duda en cuanto a la real ocurrencia de una de las enfermedades previstas en la Sección 1.1 de la Cláusula 1ª. Cobertura Básica, la Aseguradora podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del Siniestro.

- La Asegurada deberá autorizar por escrito a su médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia médico-hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para la Asegurada y su médico tratante.
- Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

**Cláusula 10ª. Territorialidad**

---

El presente Seguro incluye los eventos cubiertos ocurridos en cualquier parte del Globo Terrestre.

**Sección Segunda**  
**Disposiciones Generales**

**Cláusula 1ª. Prima**

---

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

Si la Asegurada 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 Asegurado.

La Asegurada 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 que no se pague la prima.

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 la Asegurada mediante descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que la Asegurada haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, 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 esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si la Asegurada omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia o inmediatamente después del día en que deba pagarse la segunda o ulteriores parcialidades.

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, 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, la Asegurada podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula<sup>1</sup> o dentro de los treinta (30) días siguientes al día de pago de la parcialidad que corresponda, según sea el caso, 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, la Asegurada 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.

La Aseguradora responderá por todos los Siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.



### **Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato**

---

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

### **Cláusula 4ª. Modificaciones al Contrato**

---

Las Disposiciones Particulares, Disposiciones Generales y los Endosos respectivos de esta Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la Asegurada y la Aseguradora, quien lo hará constar mediante endosos o cláusulas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Aseguradora no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

### **Cláusula 5ª. Omisiones y Falsas Declaraciones**

---

La Asegurada está obligada 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 a la Asegurada 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 a la Asegurada 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.



## Datos de contacto

---

### **Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE):**

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,  
C.P. 06600, Ciudad de México.  
Teléfono: 01 800 223 2001  
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com  
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a  
17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

Av. Insurgentes Sur #762,  
Col. Del Valle, C.P. 03100,  
Ciudad de México.  
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx  
Teléfonos:  
En la Ciudad de México: (55) 5340 0999  
En el territorio nacional: 01 800 999 8080

## 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 a la Asegurada, 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 solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere 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. Moneda

---

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o por parte de la Aseguradora, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

## Cláusula 11ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

---

Durante la vigencia de la Póliza, la Asegurada y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora 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 Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

## **Cláusula 12ª. Art. 25 de La ley Sobre el Contrato de Seguro**

---

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, la Asegurada 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.

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: <http://e-portalif.condusef.gob.mx/recas>

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 01 de noviembre de 2007, con el número CNSF-S0039-0210-2007 / CONDUSEF-002347-02.

## **Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)**

---

### **Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:**

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

### **Durante nuestra atención en el siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:**

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma Asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas Aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico [uneseguros@chubb.com](mailto:uneseguros@chubb.com)

### **Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:**

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Preguntar por el bienestar del Asegurado.
3. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
4. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
5. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
6. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
7. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

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 21 de mayo de 2015, con el número RESP-S0039-0472-2015 / CONDUSEF-002347-02.

## Cláusula OFAC

---

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro Asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

**Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:**

**Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.**

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 08 de octubre de 2014, con el número CGEN-S0039-0135-2014 / CONDUSEF-002347-02.

## Aviso de Privacidad

---

(Fecha de Última Actualización: mayo 2016)

**Chubb Seguros México S.A.**, en adelante Chubb con domicilio establecido en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad en cumplimiento con el principio de información establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en adelante la Ley y demás normativa relacionada.

### ¿Qué datos personales recabamos de usted?

Los datos personales que son tratados por a Chubb, son aquellos necesarios para la relación jurídica que se entabla, como pueden ser los relativos para fines de emisión de Pólizas, análisis y/o pago de siniestros, para la promoción y venta de diversos productos financieros, o bien para la contratación de servicios que requiera esta Institución. Los datos sujetos a tratamiento son siguientes: (i) nombre; (ii) sexo; (iii) estado civil; (iv) lugar y fecha de nacimiento; (v) nacionalidad; (vi) clave del RFC y CURP; (vii) números telefónicos y correo electrónico; (viii) domicilio particular; (ix) datos financieros y/o patrimoniales como estados financieros, números de cuenta bancarios, bienes inmuebles; (x) datos relacionados a su trayectoria laboral (CV); (xi) ocupación; (xii) información sobre su estado de salud y antecedentes médicos; (xiii) datos personales de familiares como son: nombres, edad, domicilio, ocupación, residencia; así como también el nombre, domicilio, ocupación y teléfono de referencias personales.

Al firmar este aviso de privacidad, usted otorga su consentimiento expreso para que nosotros tratemos sus datos personales incluso los sensibles, financieros y/o patrimoniales.

En caso de que usted no otorgue su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales (incluyendo los sensibles, financieros y/o patrimoniales), podemos vernos imposibilitados para continuar con la relación jurídica que se pretenda.

### ¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Chubb, podrá recabar sus datos personales ya sea de forma personal o directa por algún medio que permita su entrega directa al responsable como es por medio de nuestra página de internet o correos electrónicos, y/o de forma indirecta (a través de otros medios como fuentes de acceso público, o transferencias como puede ser por medio de Promotores, Agentes de Seguros y Fianzas o cualquier otro tercero autorizado para tal efecto).

### ¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?

Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades que dan origen y se consideran necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Chubb y usted:

- i. Valorar la solicitud para la emisión de Pólizas de seguros ya sea que usted la requiera con el carácter Asegurado o Contratante,
- ii. Realizar operaciones distintas a la emisión de Pólizas de seguros como lo pueden ser análisis y/o pagos de siniestros,
- iii. Valorar la prestación de servicios que requiera Chubb,
- iv. Contactarlo por motivos relacionados a la relación jurídica que se establezca,
- v. Integración de expedientes de identificación,
- vi. Proporcionar información a las autoridades que nos lo soliciten y de las que Chubb esté obligada a entregar información,
- vii. Proporcionar información a auditores externos cuando la requieran para emitir sus dictámenes sobre nuestra Compañía, o a terceros proveedores de servicios de Chubb, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como Aseguradora.

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestra industria o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de Chubb o las empresas que forman parte de Chubb Group en México alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (iv) usos estadísticos y para medir la calidad de los servicios de Chubb; (v) organización de eventos y (vi) la transferencia a terceras partes socios comerciales, con el propósito de que puedan contactarlo para ofrecerle servicios y productos que estén o no relacionados con los servicios que esta empresa preste.

Las finalidades antes mencionadas, no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Chubb y usted, por lo que podrá manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para estos efectos marcando la siguiente casilla:

No deseo que Chubb use mi información personal para las finalidades mencionadas en el párrafo anterior.

Nota: si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para el tratamiento de sus datos personales con respecto a las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación jurídica con el responsable. Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o al correo electrónico [datospersonales@chubb.com](mailto:datospersonales@chubb.com)

#### **¿Con quién compartimos sus datos personales?**

Asimismo, le informamos que sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros podrán ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, por personas distintas a Chubb para las finalidades establecidas en el presente Aviso de Privacidad y para poder cumplir con nuestras obligaciones contractuales y/o legales frente a usted y frente a las autoridades de otros países. En ese sentido su información podrá ser compartida con:

(i) Contratistas, prestadores de servicio y asesores de Chubb con los siguientes giros: (a) empresas especializadas en investigación de antecedentes en bases de datos nacionales como internacionales, (b) auditores externos que procesan la información por cuenta de Chubb; (ii) empresas nacionales y extranjeras que sean parte de Chubb Group en México; (iii) autoridades en México o en el extranjero; y (iv) a cualquier otra persona autorizada por la ley o el reglamento aplicable.

Otras personas con las que podemos compartir su información y de las que se considera necesario obtener su consentimiento son personas dedicadas a la prestación de servicios especializados en los ramos que a continuación se describen, y contratadas por Chubb para desempeñar los fines siguientes: (v) archivo de documentos; (vi) organización de eventos.

Asimismo, si usted no marca la casilla siguiente entenderemos que usted nos otorga su consentimiento para transferir sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros para los fines que se señalan en el párrafo anterior, es importante que conozca que este consentimiento es revocable en cualquier momento siguiendo el procedimiento que para estos efectos está establecido más adelante.

No doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos personales a efecto de los fines establecidos en el párrafo anterior.

Nota: si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para la transferencia de sus datos personales con respecto a las finalidades que refiere el párrafo anterior.

Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o en el correo electrónico [datospersonales@chubb.com](mailto:datospersonales@chubb.com)

De conformidad con lo establecido en la Ley, el tercero receptor asumirá las mismas obligaciones que Chubb asume en el presente Aviso de Privacidad a efecto de salvaguardar sus datos personales.

### **Sus derechos - ¿Cómo puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento o transferencia de sus datos personales?**

Como titular de los datos personales que usted nos proporcione, usted tendrá de conformidad con la Ley y su Reglamento el derecho de **acceder** a los datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos; **rectificar** en caso de que estén incompletos o sean inexactos; **cancelar** en caso que considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente Aviso de Privacidad, estén siendo utilizados para finalidades que no hayan sido consentidos; o bien, **oponerse** al tratamiento de los datos personales que nos haya proporcionado para fines específicos.

Si usted desea realizar el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición al tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud en los términos establecidos por la Ley y su Reglamento, a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico [datospersonales@chubb.com](mailto:datospersonales@chubb.com), o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier solicitud de ejercicio de sus derechos, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales a los que desea acceder o que desea rectificar, cancelar u oponerse y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendario siguiente a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

Usted puede utilizar los formularios que para estos efectos Chubb pone a su disposición en su página de internet [www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)

Cuando sea procedente una solicitud de acceso a la información, los datos personales se pondrán a su disposición por medios electrónicos.

### **¿Cómo puede revocar el consentimiento de tratamiento de sus datos personales?**

Si usted desea revocar el tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico [datospersonales@chubb.com](mailto:datospersonales@chubb.com) o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier solicitud, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales de los que desea revocar el consentimiento y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.



Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de revocación es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

#### **¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de sus datos personales?**

Usted tiene derecho de limitar el uso o divulgación de sus datos personales para las finalidades que no son necesarias para nuestra relación jurídica, por lo que si usted desea ejercer este derecho, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de datos personales enviando un correo electrónico a [datospersonales@chubb.com](mailto:datospersonales@chubb.com) o en nuestro domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, a fin de indicarnos dicha situación y a efecto de que se le inscriba en un listado de exclusión del cual se le otorgará una constancia electrónica o física, según nos lo solicite.

Si requiere mayor información del ejercicio de sus derechos ante Chubb, favor de enviar un correo electrónico a la dirección [datospersonales@chubb.com](mailto:datospersonales@chubb.com)

#### **Modificaciones al Aviso de Privacidad; Legislación y Jurisdicción**

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente Aviso de Privacidad, en atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios.

Las modificaciones a nuestro Aviso de Privacidad se darán a conocer a través de nuestra página de Internet [www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx), por lo que le sugerimos revisar constantemente nuestro sitio de Internet a fin de conocer cualquier cambio realizado.

Este Aviso de Privacidad se rige por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las demás leyes y reglamentos de los Estados Unidos Mexicanos. La aceptación de este Aviso de Privacidad implica una aceptación por escrito de los términos del mismo y su sometimiento expreso a los tribunales de la Ciudad de México, Distrito Federal, para cualquier controversia o reclamación derivada de este Aviso de Privacidad.

Si usted considera que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer la queja o denuncia correspondiente ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, para mayor información visite [www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx)

Manifiesto que entiendo y acepto los términos de este Aviso de Privacidad, consiento que mis datos personales sensibles y financieros sean tratados conforme a los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad y consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala este Aviso de Privacidad.

**Nombre:**

**Fecha:**

**Firma de conformidad:** \_\_\_\_\_





## Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250,  
Torre Niza, Piso 15,  
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc,  
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 01 800 223 2001

[www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)