

Seguro de Viaje
Colectivo BTA Chubb

CHUBB®

Coberturas

Importante

Este seguro está compuesto por diversas secciones, por lo que las únicas secciones que serán aplicables y estarán amparadas, son las que expresamente aparezcan como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente. Verifique las secciones contratadas.

Para efectos de claridad, usted podrá recibir:

- 1. El paquete completo de secciones/coberturas, no obstante que únicamente haya contratado algunas, en cuyo caso, deberá tener en cuenta que sólo estarán cubiertas y serán aplicables las expresamente nombradas en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente; o**
- 2. Únicamente las secciones/coberturas que haya contratado, de acuerdo con lo establecido en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, por lo que debe tener en cuenta que las secciones/coberturas recibidas no necesariamente seguirán un orden de numeración consecutivo.**

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	8
Cláusula 2ª. Coberturas de Seguro	8
Sección I. Muerte Accidental	8
Sección II. Gastos funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años	10
Sección III. Muerte Accidental en Transporte Público	11
Sección IV. Invalidez Total y Permanente por Accidente	13
Sección V. Pérdidas Orgánicas por Accidente	15
Sección VI. Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente en Transporte Público	17
Sección VII. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad	19
Sección VIII. Estabilización en caso de Enfermedades Preexistentes	24
Sección IX. Gastos por Emergencia Odontológica	26
Sección X. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y/o Emergencia Médica en el Extranjero	28
Sección XI. Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados	30
Sección XII. Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios	31
Sección XIII. Gastos Funerarios o Traslado de restos mortales	33
Sección XIV. Indemnización en caso de Coma a consecuencia de un Accidente	37
Sección XV. Responsabilidad Civil	39

Sección XVI. Cancelación de Viaje	41
Sección XVII. Interrupción de Viaje	43
Sección XVIII. Demora de Viaje	45
Sección XIX. Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión	47
Sección XX. Demora de Equipaje	49
Sección XXI. Pérdida de Equipaje	51
Sección XXII. Daño de Equipaje	53
Sección XXIII. Robo de Menaje de Casa con Violencia durante el Viaje	55
Sección XXIV. Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	57
Sección XXV. Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	58
Sección XXVI. Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	60
Sección XXVII. Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	62
Sección XXVIII. Recuperación en Hotel por Accidente o Emergencia Médica	64
Sección XXIX. Traslado de un Ejecutivo en caso de Enfermedad y/o Accidente	66
Sección XXX. Evacuación Política	67
Sección XXXI. Evacuación por Terrorismo	68
Sección XXXII. Evacuación por Desastre Natural	69
Sección XXXIII. Indemnización por Robo de efectivo por disposición en Cajero Automático	70

Sección XXXIV. Pérdida o Robo de Documentos de Viaje	71
Sección XXXV. Gastos Legales	72
Sección XXXVI. Gastos de Prolongación de Estancia	74
Cláusula 2ª. Exclusiones Generales	75
Cláusula 3ª. Definiciones	76
Cláusula 4ª. Edad	83
Cláusula 5ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	84
Cláusula 6ª. Cancelación	85
Cláusula 7ª. Límite Territorial y Residencia	86
Cláusula 8ª. Servicios de Asistencia	86
Asistencia para Pérdida o Robo de Pasaporte o Visa	86
Envío de Medicamentos Prescritos	86
Servicios de Concierge	87
Búsqueda y Localización de Equipaje	87
Servicio Telefónico de Traductor por Emergencia y/o Envío de Traductor	87
Envío de Médico al Lugar de Hospedaje (2 eventos por viaje)	87
Hotel con motivo de la Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión	87
Asistencia para Fianzas Judiciales	88
Exclusiones para los Servicios de Asistencia	88

Sección Segunda	
Disposiciones Generales	88
Cláusula 1ª. Prima	88
Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato	89
Cláusula 3ª. Renovación	89
Cláusula 4ª. Designación de Beneficiarios	89
Cláusula 5ª. Competencia	90
Cláusula 6ª. Comunicaciones y Notificaciones	91
Cláusula 7ª. Moneda	91
Cláusula 8ª. Prescripción	91
Cláusula 9ª. Indemnización por Mora	91
Cláusula 10ª. Aviso de Siniestro	92
Cláusula 11ª. Comprobación	92
Cláusula 12ª. Modificaciones	92
Cláusula 13ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	93
Cláusula 14ª. Agravación Esencial del Riesgo	93
Cláusula 15ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	94
Cláusula 16ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	94
Cláusula 17ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	95
Cláusula 18ª. Obligaciones del Contratante	96
Cláusula 19ª. Registro de Asegurados	96
Cláusula 20ª. Expediente	96

Cláusula 21ª. Administración y Acceso a la Información	96
Cláusula 22ª Ingresos o Altas	97
Cláusula 23ª. Bajas	97
Cláusula 24ª. Cesión	97
Liga a Cita de Perceptos Legales	98
Invitación para consultar RECAS	98
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	99
Formato de Designación de Beneficiarios	100
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades	101
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Daños	102

Seguro de Viaje Colectivo BTA Chubb

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula 2ª. Coberturas de Seguro

Sección I. Muerte Accidental

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección I, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Beneficiario: Significan las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendo pagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en porciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los padres del Asegurado en porciones iguales. En caso de falta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre supérstite del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

En caso de que esta cobertura haya sido contratada a favor de un Dependiente Económico (mayor de 12 (doce) años), si éste fallece la Suma Asegurada se pagará al Contratante.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia de éste, siempre que el Accidente ocurra mientras el Asegurado se encuentre de Viaje.

Esta cobertura únicamente ampara al Asegurado mientras se encuentre de Viaje, por lo que la muerte accidental del Asegurado con motivo de un Accidente que ocurra en un momento distinto al Viaje, no estará cubierta por este seguro.

De conformidad con lo establecido en el artículo 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, esta cobertura únicamente es aplicable para el Asegurado y para los Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad al momento de contratación del seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubrirá la muerte accidental del Asegurado mientras se encuentre de Viaje, cuando ésta ocurra a consecuencia de:

- 1. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 2. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 3. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
- 4. Servicio militar, actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección.**
- 5. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.**
- 2. Si el Beneficiario es el cónyuge, adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio actualizada. Si se trata del concubinario presentar Constancia de Concubinato ante un Juez de lo Familiar o documento procedente conforme a la legislación civil aplicable.**
- 3. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 4. Copia del acta de nacimiento de los Beneficiarios, en caso de que los hijos sean los Beneficiarios.**

Sección II. Gastos funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Riesgo Cubierto

Esta cobertura únicamente será aplicable a los Dependientes Económicos que, al momento de ocurrir el siniestro, sean menores de 12 (doce) años.

La Compañía reembolsará al Asegurado los Gastos Funerarios incurridos por éste, como consecuencia del fallecimiento del Dependiente Económico menor de 12 (doce) años, a causa directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo, siempre que el Accidente ocurra mientras dicho Dependiente Económico se encuentre de Viaje.

El reembolso se realizará hasta por el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura.

Esta cobertura únicamente ampara a los Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años mientras estos se encuentren de Viaje, por lo que los gastos funerarios incurridos por el Asegurado como consecuencia de la muerte accidental de un Dependiente Económico menor de 12 (doce) años ocurrida en un momento distinto al Viaje, no estarán cubiertos por este seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes nacionales o dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes internacionales o fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubrirán los Gastos Funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años mientras se encuentre de Viaje, cuando la muerte accidental ocurra a consecuencia de:

- 1. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 2. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 3. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
- 4. Servicio militar, actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección.**
- 5. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Acta de defunción en original o copia certificada del Dependiente Económico afectado.**
- 2. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 3. Comprobante de los gastos funerarios erogados por el Asegurado.**

Sección III. Muerte Accidental en Transporte Público

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección III., los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Beneficiario: Significan las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendo pagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en porciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los padres del Asegurado en porciones iguales. En caso de falta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre supérstite del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

En caso de que esta cobertura haya sido contratada a favor de un Dependiente Económico (mayor de 12 (doce) años), si éste fallece la Suma Asegurada se pagará al Contratante.

Pasajero: Es la persona que hace uso del Transporte Público y que cuenta con un Boleto para ello. **Queda excluido de esta definición el personal que se encuentre de servicio en dicho transporte.**

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el Accidente ocurra mientras el Asegurado se encuentre de Viaje, como Pasajero en un Transporte Público con boleto pagado expedido a su nombre e itinerario fijo, y que la Póliza y/o Certificado Individual se encuentre en vigor al momento del siniestro.

En caso de que el Asegurado viaje como Pasajero registrado en un Transporte Público, el cual sufra un Accidente y a consecuencia de éste el Asegurado desaparezca y su cuerpo no fuese encontrado durante los siguientes 6 (seis) meses a partir de la fecha del Accidente, para efectos de este seguro el Asegurado se considerará como fallecido y la Compañía pagará la Suma Asegurada. Será necesario que transcurra dicho periodo, o bien, que la autoridad competente determine la presunción de muerte y/o se emita el acta de defunción correspondiente o el equivalente en el país donde haya ocurrido el siniestro, además de tener la confirmación del operador del Transporte Público donde asiente que el Asegurado se encontraba como Pasajero registrado, para pagar la indemnización a los Beneficiarios. Esta cobertura operará para Asegurados con edad cumplida a la fecha de la contratación del seguro sea de 12 (doce) años o mayores.

Esta cobertura es acumulativa con la cobertura de Muerte Accidental, en caso de que ambas hayan sido contratadas y así conste en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Esta cobertura únicamente ampara al Asegurado mientras éste se encuentre de Viaje, por lo que la muerte accidental del Asegurado con motivo de un Accidente que ocurra en un momento distinto al Viaje, no estará cubierta por este seguro.

De conformidad con lo establecido en el artículo 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, esta cobertura únicamente es aplicable para el Asegurado y para los Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad al momento de la contratación del seguro. Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubrirá la muerte accidental del Asegurado en Transporte Público cuando sea a consecuencia de:

- 1. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 2. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 3. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
- 4. Servicio militar, actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección.**
- 5. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.**
- 2. Si el Beneficiario es el cónyuge, adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio actualizada. Si se trata del concubinario presentar Constancia de Concubinato ante un Juez de lo Familiar o documento procedente conforme a la legislación civil aplicable.**
- 3. Comprobante de pago y abordaje del Transporte Público siniestrado.**
- 4. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 5. Copia del acta de nacimiento de los Beneficiarios, en caso de que los hijos sean los Beneficiarios.**

Sección IV. Invalidez Total y Permanente por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección IV., el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Invalidez Total y Permanente: Significa la pérdida total de facultades o aptitudes del Asegurado, cuyo origen sea derivado de un Accidente, que lo imposibiliten de por vida para procurarse la misma cantidad de ingresos que percibía antes del estado de invalidez, mediante el desempeño de su Trabajo Habitual. Para determinar la Invalidez Total y Permanente, será necesario que haya sido continua por un periodo mayor a 6 (seis) meses contados a partir de la fecha en que haya sido determinada por una institución de Salud o Médico con cédula profesional y certificado en Medicina del Trabajo.

Se considerarán estado de Invalidez Total y Permanente, sin que opere el periodo continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses a que se refiere el primer párrafo de esta definición, los siguientes eventos:

1. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos.
2. La pérdida de ambas manos o ambos pies.
3. La pérdida de una mano y un pie y;
4. La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y por pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio tarsiana o arriba de ella.

Cuando las lesiones causadas por el Accidente, que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió el siniestro, sólo podrá declinarse éste, si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los 6 (seis) meses posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de un Accidente ocurrido durante un Viaje, el Asegurado sufriera un estado de Invalidez Total y Permanente, sea inmediato o dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en los apartados denominados **Documentos para el Pago de Indemnización y Documentos para la Comprobación del Siniestro**, el dictamen de Invalidez Total y Permanente por Accidente avalado por una institución de salud o Médico con cédula profesional, certificado y especialista en Medicina del Trabajo, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente por Accidente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, serán evaluados por un Médico especialista certificado en la materia, que elija el

Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser evaluado por el Médico especialista certificado, prevalecerá la opinión del médico dictaminador designado por la Compañía.

No se cubrirán padecimientos ni accidentes cuyo pronóstico de Invalidez Total y Permanente haya sido anterior al alta del Asegurado en esta Póliza independientemente que un evento ocurrido durante la vigencia haya agravado dicha condición.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubrirá la Invalidez Total y Permanente del Asegurado durante un Viaje, cuando sea a consecuencia de:

- 1. Viajar en Transporte Público que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de Pasajeros, o en transportes que estén prestando servicios especiales, fletados, de taxi, o en cualquier tipo de servicio de traslado no regular.**
- 2. Hechos o actos que sean ocasionados por culpa del Asegurado mismos que ocurran como consecuencia de una enfermedad mental de cualquier clase que el Asegurado padezca.**
- 3. Cuando el Accidente o la determinación de la Invalidez Total y Permanente fueron anteriores al alta del Asegurado en esta Póliza.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Formato expedido por la institución de salud o Médico especialista en medicina del trabajo que atendió al Asegurado, en hoja membretada, firmado y sellado en donde se indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, diagnóstico definitivo, así como porcentaje de Invalidez Total y Permanente.**
- 2. Informe médico emitido por especialista.**
- 3. Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: antecedentes personales, antecedentes patológicos, evolución de padecimiento, estado actual y motivo de la Invalidez Total y Permanente.**
- 4. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente por Accidente.**
- 5. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**

Sección V. Pérdidas Orgánicas por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección V, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Pérdida de la Mano: Significa la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).

Pérdida del Pie: Significa la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Pérdida de los Dedos: Significa la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).

Pérdida de los Ojos: Significa la pérdida completa e irreparable de la vista.

Riesgo Cubierto

En caso de que el Asegurado, con motivo directo de un Accidente ocurrido durante un Viaje y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente, sufriera cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas a continuación, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente, de acuerdo con la siguiente escala, sin que en ninguno de los casos se exceda de la totalidad de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, ya sea en uno o varios eventos.

Tabla de Indemnizaciones

Escala de indemnización B	
Pérdida orgánica	% de la suma Asegurada Contratada
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, sin incluir, el dedo pulgar o el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%

El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 centímetros de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia del Certificado Individual, los porcentajes a indemnizar se calcularán con base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de pérdidas orgánicas por uno o más Accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de esta Póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% de la Suma Asegurada para esta cobertura.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubren las pérdidas orgánicas ocurridas durante un Viaje cuando sean consecuencia de:

- 1. Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o debido a la inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.**
- 2. Mutilaciones sufridas como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos.**
- 3. Cuando el Asegurado viaje en Transporte Público que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la autoridad competente o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de Pasajeros.**
- 4. Mutilaciones cuando el Asegurado viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 5. Mutilaciones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Resumen clínico con fechas exactas del diagnóstico.**
- 2. Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes Personales, Antecedentes Patológicos, Evolución de Padecimiento, Estado Actual.**
- 3. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**

Sección VI. Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente en Transporte Público

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección VI, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Pasajero: Es la persona que hace uso del Transporte Público y que cuenta con un Boleto para ello. **Queda excluido de esta definición el personal que se encuentre de servicio en dicho transporte.**

Pérdida de la Mano: Significa la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).

Pérdida del Pie: Significa la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Pérdida de los Dedos: Significa la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).

Pérdida de los Ojos: Significa la pérdida completa e irreparable de la vista.

Riesgo Cubierto

En caso de que el Asegurado, con motivo directo de un Accidente en Transporte Público ocurrido durante un Viaje y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente, sufriera cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas a continuación, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente, de acuerdo con la siguiente escala, sin que en ninguno de los casos se exceda la totalidad de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, ya sea en uno o varios eventos.

Tabla de Indemnizaciones

Escala de indemnización B	
Pérdida orgánica	% de la suma Asegurada Contratada
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, sin incluir, el dedo pulgar o el índice	25%

El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 centímetros de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia del Certificado Individual, los porcentajes a indemnizar se calcularán con base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de pérdidas orgánicas por uno o más Accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura del Certificado Individual, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% de la Suma Asegurada para esta cobertura.

Esta cobertura es acumulativa con la cobertura de Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente, en caso de que ambas hayan sido contratadas y así conste en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubren las pérdidas orgánicas en Transporte Público ocurridas durante un Viaje cuando sean consecuencia de:

- 1. Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o debido a la inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.**
- 2. Mutilaciones sufridas como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos.**
- 3. Cuando el Asegurado viaje en Transporte Público que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la autoridad competente o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
- 4. Mutilaciones cuando el Asegurado viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 5. Mutilaciones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Resumen clínico con fechas exactas del diagnóstico.**
- 2. Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes Personales, Antecedentes Patológicos, Evolución de Padecimiento, Estado Actual.**
- 3. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 4. Comprobante de pago y abordaje del transporte público siniestrado.**

Sección VII. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección VII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Gastos Médicos: Significa los gastos incurridos por indicación o prescripción de un Médico como consecuencia de la atención de una Emergencia Médica, que: (i) sean necesarios para el restablecimiento de la salud y el vigor vital del Asegurado; y/o (ii) que sean parte del tratamiento indicado por el Médico tratante.

Los Gastos Médicos incluyen limitativamente

1. El costo de honorarios médicos por consultas.
2. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas, así como los honorarios de los ayudantes del Médico que realizó la intervención quirúrgica al Asegurado.
3. El costo por la aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas o documentos correspondientes.
4. El costo de medicamentos; únicamente los utilizados y/o administrados durante la atención de la Emergencia Médica, **por lo que los medicamentos prescritos al Asegurado para la continuación del tratamiento, posteriormente a la Emergencia Médica o alta médica, no se encuentran amparados por esta cobertura.**
5. El costo por el uso de salas de operación o quirófanos, salas de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
6. El costo de Hospitalización, incluyendo limitativamente el uso de una Habitación Estándar y alimentos prescritos por el Médico tratante, únicamente durante el tiempo de estancia Médicamente Necesario para el Asegurado.
7. El costo por utilización de una ambulancia terrestre que traslade al Asegurado del lugar del Accidente o Emergencia Médica al Hospital o centro de salud más cercano.
8. El costo de una enfermera con un límite máximo de 3 (tres) turnos por día, durante el periodo en el que el Asegurado permanezca hospitalizado.
9. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

No se considerarán Gastos Médicos indemnizables conforme a este seguro, aquellos en los que el Asegurado haya incurrido por instrucción o prescripción de un familiar, sea éste consanguíneo o por afinidad, no obstante que dicho familiar sea un Médico legalmente acreditado para ejercer esta profesión.

Cualquier gasto médico no expresamente listado en esta definición, no estará cubierto por este seguro.

Riesgo Cubierto

La Compañía a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, los Gastos Médicos incurridos por ésta consecuencia de la atención de un Accidente y/o una Enfermedad, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) se trate de

una Emergencia Médica; y (iii) el primer gasto médico asociado a la Emergencia Médica cubierta se haya efectuado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad o que haya sucedido el Accidente.

2. Gestionará y cubrirá hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, los Gastos Médicos incurridos a consecuencia de la atención de un Accidente y/o una Enfermedad, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) se trate de una Emergencia Médica y (iii) el Asegurado solicite a la Aseguradora atención por Emergencia Médica dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad o que haya sucedido el Accidente.

En caso de que el Asegurado opte por esta modalidad, la red de Médicos, Hospitales, centros de salud y demás proveedores a su disposición, podrá ser consultada comunicándose con la Compañía.

Adicionalmente, esta cobertura también ampara únicamente los gastos por honorarios médicos de consulta, en los que el Asegurado incurra, sin que estos sean consecuencia de una Emergencia Médica, por lo que la Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente a los gastos por honorarios de consulta (no quirúrgicos) incurridos por el Asegurado, ya sea que éste haya acudido al consultorio médico o el Médico acuda al domicilio, hotel o lugar de hospedaje del Asegurado. Este beneficio aplicará siempre que (i) el Asegurado se encuentre de Viaje; y (ii) el gasto por honorarios por consulta médica se haya efectuado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad o que haya sucedido el Accidente.

Este beneficio únicamente cubrirá una vez durante la vigencia del Certificado Individual, cada uno de los tipos de enfermedades banales que se listan a continuación y siempre que estos no sean diagnosticados por el Médico tratante como padecimientos que puedan evolucionar en una Emergencia Médica:

1. **Afecciones estomacales o digestivas de cualquier tipo, tales como dolor estomacal, alteraciones intestinales menores que causen mayor frecuencia y fluidez de deposiciones, gastritis, agruras.**
2. **Afecciones respiratorias, tales como la faringitis, laringitis, amigdalitis, tos viral, resfriado común, catarro.**
3. **Dolores de cabeza y jaquecas comunes.**
4. **Dolores y afecciones musculares.**
5. **Afecciones óseas comunes, tales como reumatismo.**

Por lo anterior, el Asegurado no podrá ser atendido o reembolsado en más de una ocasión durante la vigencia del Certificado Individual, por el mismo tipo de enfermedad banal o diagnóstico.

En caso de que el Asegurado haga uso de este beneficio, los montos reembolsables por la Compañía a favor del Asegurado serán deducidos o descontados de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura (Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad).

Límites de Indemnización

1. Los Gastos Médicos cubiertos solo amparan el uso de una habitación estándar, por lo que en caso de que el Asegurado haga uso de una habitación con características distintas, la Compañía únicamente cubrirá los costos de una habitación estándar, dicho gasto no será indemnizable.
2. Esta cobertura no ampara Gastos Médicos ni reembolso de honorarios médicos por consulta a causa de una Enfermedad Preexistente, por lo que no es complementaria o acumulable con la cobertura denominada “Estabilización de Padecimientos Preexistentes durante el Viaje del Asegurado”.
3. El pago máximo que efectuará la Compañía por cada Accidente y/o Enfermedad no excederá la Suma Asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo con lo estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, independientemente de si se trata de la atención de una Emergencia Médica o del beneficio de reembolso de honorarios médicos por consulta.
4. En caso de que el Asegurado se niegue a seguir las recomendaciones del médico tratante, la responsabilidad de la Compañía terminará.

Este seguro cubre Gastos Médicos y reembolso de honorarios médicos por consulta por Accidente y por Enfermedad en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. Tratándose de Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, este seguro únicamente cubre Gastos Médicos y reembolso de honorarios médicos por consulta incurridos por el Asegurado a consecuencia de un Accidente.

La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago del siniestro, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura.
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual y el Periodo de Beneficio que esté estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siguiente a la terminación de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Compañía

En caso de que la Compañía requiera de elementos adicionales a los entregados por el Asegurado para el análisis de la procedencia del Gasto Médico realizado y/o del reembolso por honorarios médicos de consulta; la Compañía podrá realizar una investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación de la procedencia de la indemnización, en su caso, del siniestro. Para lo anterior, el Asegurado deberá autorizar por escrito al Médico tratante, así como a las entidades de prestación de servicios de salud que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Compañía. Los gastos derivados de dicha investigación médica correrán a cargo y por cuenta de la Compañía.

La información proporcionada será tratada en todo momento como información confidencial y estará sujeta a las disposiciones establecidas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, por lo que la Compañía la tratará con los más altos estándares de seguridad, garantizando en todo momento su confidencialidad. Los resultados de la investigación estarán disponibles para el Asegurado, en caso de que éste así los requiera.

Otros Seguros

Si al momento de la reclamación esta cobertura estuviera amparada total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% (cien por ciento) de los gastos efectivamente incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a la Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquitos que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) en relación con el evento del cual solicite la indemnización.

Exclusiones

No se cubrirá los Gastos Médicos ni los honorarios médicos de consulta derivados de lo siguiente:

1. Tratamientos de acné.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un Accidente.
3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto y/o cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
4. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente y/o deriven en una emergencia médica durante el viaje cubierto.
5. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad cubierta haya causado el deterioro de la visión o de la audición.
6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente.
7. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
8. Enfermedades que son transmitidas sexualmente.
9. Curas de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.
10. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.
11. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.
12. Enfermedades congénitas.
13. Enfermedades Preexistentes.
14. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
15. Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.
16. Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.
17. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.
18. Cualquier tratamiento o cirugía que en opinión del Médico tratante pueda ser demorada hasta que el Asegurado vuelva al lugar de Residencia Permanente.
19. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico e Historia Clínica.
2. Copia de interpretación de estudios realizados.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.

Sección VIII. Estabilización en caso de Enfermedades Preexistentes

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección VII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Gastos Médicos: Significa los gastos incurridos por indicación o prescripción de un Médico como consecuencia de la atención de una Emergencia Médica a causa de una enfermedad preexistente, que: (i) sean necesarios para el restablecimiento de la salud y el vigor vital del Asegurado; y/o (ii) que sean parte del tratamiento indicado por el Médico tratante.

Los Gastos Médicos incluyen limitativamente

1. El costo de honorarios médicos por consultas.
2. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas, así como los honorarios de los ayudantes del Médico que realizó la intervención quirúrgica al Asegurado.
3. El costo por la aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas o documentos correspondientes.
4. El costo de medicamentos; únicamente los utilizados y/o administrados durante la atención de la Emergencia Médica, **por lo que los medicamentos prescritos al Asegurado para la continuación del tratamiento, posteriormente a la Emergencia Médica o Alta Médica, no se encuentran amparados por esta cobertura.**
5. El costo por el uso de salas de operación o quirófanos, salas de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
6. El costo de Hospitalización, incluyendo limitativamente el uso de una Habitación Estándar y alimentos prescritos por el Médico tratante, únicamente durante el tiempo de estancia Médicamente Necesario para el Asegurado.
7. El costo por utilización de una ambulancia terrestre que traslade al Asegurado del lugar del Accidente o Emergencia Médica al Hospital o centro de salud más cercano.
8. El costo de una enfermera con un límite máximo de 3 (tres) turnos por día, durante el periodo en el que el Asegurado permanezca hospitalizado.
9. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

No se considerarán Gastos Médicos indemnizables conforme a este seguro, aquellos en los que el Asegurado haya incurrido por instrucción o prescripción de un familiar, sea éste consanguíneo o por afinidad, no obstante que dicho familiar sea un Médico legalmente acreditado para ejercer esta profesión.

Cualquier gasto médico no expresamente listado en esta definición, no estará cubierto por este seguro.

Riesgo Cubierto

La Compañía a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, los Gastos Médicos incurridos por éste a consecuencia de un episodio imprevisto de crisis causado por una Enfermedad Preexistente, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii)

resulte indispensable la atención médica del Asegurado para su estabilización, a efecto de que pueda continuar con el Viaje, o en su caso, retornar a su lugar de Residencia Permanente; y (iii) el primer gasto médico asociado a la crisis médica por Enfermedad Preexistente se haya efectuado dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad Preexistente.

2. Gestionará y cubrirá, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, los Gastos Médicos incurridos a consecuencia de un episodio imprevisto de crisis causado por una Enfermedad Preexistente, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) resulte indispensable la atención médica del Asegurado para su estabilización, a efecto de que pueda continuar con el Viaje, o en su caso, retornar a su lugar de Residencia Permanente; y (iii) el Asegurado solicite atención médica o reporte el evento a la Compañía dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad Preexistente.

En caso de que el Asegurado opte por esta modalidad, la red de Médicos, Hospitales, centros de salud y demás proveedores a su disposición, podrá ser consultada comunicándose con la Compañía.

La Compañía no tomará a su cargo y no están amparados por esta cobertura, los gastos requeridos para continuar el tratamiento iniciado por el Asegurado durante la crisis o cuadro agudo asociado a la Enfermedad Preexistente y ocurrido durante el Viaje. Tampoco están cubiertos los tratamientos médicos posteriores a la estabilización del Asegurado durante el Viaje, tales como medicamentos, consultas médicas y análisis clínicos o estudios de laboratorio o gabinete.

La responsabilidad de la Compañía tiene como límite máximo el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura.

La presente cobertura sólo será aplicable para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos de México.

Exclusiones

No se cubrirá la Estabilización de Padecimientos Preexistentes derivada de lo siguiente:

1. Que el Asegurado se haya negado o dejado de recibir tratamiento, aun sabiendo el Asegurado que había que tratar la Enfermedad y/o sabiendo que de no atenderse, su condición podría empeorar, por lo que está excluido el detrimento de la salud del Asegurado por Enfermedad Preexistente a causa de una falta de atención o un actuar negligente del Asegurado.
2. Que el Asegurado haya sido desahuciado o se haya negado a recibir tratamiento.
3. Que el Asegurado no se haya sometido a los controles pre acordados con su médico tratante.
4. El seguro no cubrirá los gastos posteriores a la estabilización por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente.
5. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico e Historial Clínico.
2. Copia de interpretación de estudios realizados.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.

Sección IX. Gastos por Emergencia Odontológica

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección IX, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Emergencia Odontológica: Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante, sin la cual el Asegurado no puede continuar su Viaje o regresar a su lugar de Residencia Permanente. Conforme a este seguro, **la Emergencia Odontológica únicamente cubre procedimientos paliativos a efecto de estabilizar la salud del Asegurado y/o disminuir el dolor y/o evitar que se propague una infección y/o no comprometer la salud del Asegurado, por lo que no incluye servicios y tratamientos que el Asegurado deba realizarse para restablecer su salud bucodental, así como prótesis, implantes, fundas y cualquier otra pieza similar.**

Riesgo Cubierto

La Compañía, a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, los gastos incurridos por éste a consecuencia de la atención de una Emergencia Odontológica, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; y (ii) el primer gasto médico asociado a la Emergencia Odontológica se haya efectuado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Emergencia Odontológica.
2. Gestionará y cubrirá la atención médica del Asegurado ante una Emergencia Odontológica, teniendo como límite la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre que: (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; y (ii) el Asegurado solicite atención médica o reporte el evento a la Compañía dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Emergencia Odontológica.

Esta cobertura cubre los gastos por Emergencia Odontológica en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. En el caso de Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, este seguro únicamente cubre gastos por Emergencia Odontológica incurridos por el Asegurado a consecuencia de un Accidente.

La responsabilidad de la Compañía tiene como límite máximo el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura.

Exclusiones

No se cubrirá los Gastos por Emergencia Odontológica derivados de lo siguiente:

1. Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos, gastos en compras de prótesis.
2. Los tratamientos alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, así como prótesis, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente que originen lesiones dentales que sean prescritos por un Médico para aliviar el dolor y/o para la atención de la Emergencia.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico/Historial Clínico.
2. Copia de interpretación de estudios realizados.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.

Sección X. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y/o Emergencia Médica en el Extranjero

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección X., los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hospitalización: Significa el internamiento del Asegurado en un Hospital, por un periodo mínimo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas.

Accidente: Es todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia de la Póliza y/o del Certificado Individual correspondiente, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o incluso la muerte del Asegurado, ésta última dentro de los noventa (90) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerarán como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y el primer gasto médico por las lesiones se realicen después de cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el hecho que les dio origen.

Las lesiones corporales sufridas por el Asegurado, el tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas, serán consideradas como un solo siniestro.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente y/o Emergencia Médica cubierta ocurrido en el extranjero. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos el periodo de Hospitalización que se especifique en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

La indemnización se pagará a partir del día siguiente al periodo de Hospitalización citado en el párrafo anterior y mientras el Asegurado continúe hospitalizado, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio que se especifique en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

En el caso de Hospitalizaciones Recurrentes a causa de un mismo Evento, separadas por intervalos menores a un año y siempre que la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente se encuentren vigentes y el Asegurado de viaje, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Esta cobertura es excluyente de la cobertura Indemnización en caso de Coma a consecuencia de Accidente, en caso que se hayan contratado ambas coberturas, lo que significa que si el asegurado llegase a estar en estado de Coma, solo procederá el pago de ésta.

Exclusiones aplicables a la cobertura de indemnización diaria por hospitalización por accidente o emergencia médica en el extranjero.

1. Tratamientos de acné.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un Accidente.
3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto y/o cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
4. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente.
5. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad cubierta haya causado el deterioro de la visión o de la audición.
6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente.
7. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
8. Enfermedades que son transmitidas sexualmente.
9. Curas de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.
10. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.
11. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.
12. Enfermedades congénitas.
13. Enfermedades Preexistentes.
14. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
15. Hospitalizaciones y gastos que se originen de tratamientos de carácter preventivo, excepto de las complicaciones graves por aplicaciones de vacunas contra COVID 19
16. Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.
17. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.
18. Cualquier tratamiento o cirugía que en opinión del Médico tratante pueda ser demorada hasta que el Asegurado vuelva al lugar de Residencia Permanente.
19. Cualquier hospitalización incurrida después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente aun y cuando sea continuación de una hospitalización originada durante el viaje.
20. Cuando la hospitalización no sea a consecuencia de un accidente o emergencia médica.
21. Cuando el diagnóstico del Asegurado sea realizado por un familiar consanguíneo o por afinidad del Asegurado, sin importar que sea médico de profesión.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico e Historial Clínico.
2. Copia de interpretación de estudios realizados.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.
4. Constancia de hospitalización o documento médico que acredite las fechas y horas de ingreso y egreso.

Sección XI. Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, los gastos en los que incurra por la compra de medicamentos prescritos al Asegurado por el Médico que lo haya atendido durante una Emergencia Médica o una Emergencia Odontológica, a consecuencia de las coberturas "Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad", "Estabilización de Padecimientos Preexistentes" y "Gastos por Emergencia Odontológica".

Esta cobertura únicamente ampara el reembolso de medicamentos prescritos al Asegurado posterior a su alta médica y/o estabilización de Emergencia Médica o Emergencia Odontológica.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las facturas originales o recibos comprobatorios de los gastos en medicamentos efectuados, además de la receta médica con nombre del Médico tratante, número de cédula, licencia o autorización, fecha y firma donde se indique el medicamento prescrito.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, atendiendo a las condiciones particulares de cada una de las coberturas a la cual se encuentre asociada.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico.
2. Receta Médica con nombre del Médico tratante, número de cédula, licencia o autorización, fecha y firma donde se indique el medicamento prescrito.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados por los medicamentos.

Sección XII. Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Riesgo Cubierto

En caso de que a consecuencia de un Accidente o de una Emergencia Médica y siempre que a juicio del Médico tratante sea necesario, la Compañía:

1. Reembolsará al Asegurado los gastos derivados del traslado del Asegurado al Hospital o centro de salud más cercano a la ubicación del Asegurado, cuando las instituciones de salud que se encuentren en la ubicación donde haya sucedido el Accidente o la Emergencia Médica, no cuenten con el equipo e infraestructura necesarios para la atención médica adecuada del Asegurado. Dicho traslado podrá efectuarse en ambulancia terrestre o aérea, según sea determinado por el Médico tratante que atienda al Asegurado; o
2. Coordinará y cubrirá los gastos derivados del traslado del Asegurado al Hospital o centro de salud más cercano a la ubicación del Asegurado, cuando las instituciones de salud que se encuentren en la ubicación donde haya sucedido el Accidente o la Emergencia Médica, no cuenten con el equipo e infraestructura necesarios para la atención médica adecuada del Asegurado. Dicho traslado podrá efectuarse en ambulancia terrestre o aérea, según sea determinado por el Médico tratante que atienda al Asegurado.

Así mismo, coordinará y cubrirá los gastos derivados del traslado de un Acompañante del Asegurado al Hospital o centro de salud más cercano a la ubicación del Asegurado, cuando las instituciones de salud que se encuentren en la ubicación donde haya sucedido el Accidente o la Emergencia Médica, no cuenten con el equipo e infraestructura necesarios para la atención médica adecuada del Asegurado. Dicho traslado podrá efectuarse en misma ambulancia terrestre o aérea que traslade al Asegurado, según sea determinado por el Médico tratante que lo atienda, o bien por algún otro medio de transporte accesible en el lugar en donde se encuentre el Asegurado.

Una vez estabilizada la salud del Asegurado, si a juicio del Médico tratante, el Asegurado no pueden continuar con el Viaje, la Compañía coordinará y cubrirá los gastos derivados de la repatriación o regreso del Asegurado a cualquiera de los siguientes lugares, a elección de la Compañía, según sea medicamente apropiado:

- a) El lugar de Residencia Permanente del Asegurado en los Estados Unidos Mexicanos, o la entidad federativa que corresponda en el caso de viajes dentro de los Estados Unidos Mexicanos.
- b) Una ubicación distinta al lugar de Residencia Permanente del Asegurado, seleccionada por el Asegurado dentro de los Estados Unidos Mexicanos.
- c) Un centro de salud cercano al lugar de Residencia Permanente del Asegurado dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso de Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, el Asegurado podrá elegir que la repatriación sanitaria a ser realizada por la Compañía sea a un país distinto a los Estados Unidos Mexicanos, siempre que:

1. El costo de dicha repatriación no exceda el monto de Suma Asegurada contratada para esta cobertura; y
2. la repatriación sanitaria a una ubicación distinta, sea médicamente apropiada y segura para el Asegurado. Para hacer efectivo el cambio de país de destino, el Asegurado deberá manifestar su consentimiento de manera escrita a la Compañía.

Para que se lleve a cabo la repatriación o retorno (traslado sanitario) del Asegurado, se deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Que dicha repatriación o retorno sea autorizada por el Médico tratante del Asegurado.
- b) Que la repatriación o retorno sea autorizado y solicitado por el propio Asegurado o, en su defecto, y en caso de que médicamente el Asegurado no se encuentre en posibilidades de otorgar su consentimiento y/o manifestar su solicitud, esta sea autorizada y solicitada por un Familiar Directo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado viaje con un Acompañante, a elección del Asegurado se podrá trasladar adicionalmente al Acompañante en el mismo transporte que se utilice para trasladar al Asegurado al Hospital o centro de salud más cercano a la ubicación del Asegurado, en el entendido que si la transportación del Acompañante en términos de lo antes descrito genera gastos adicionales, el traslado tanto del Asegurado, como en su caso, del Acompañante, estarán topados a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Lo anterior, en el entendido de que se priorizará en todo momento la transportación del Asegurado.

Esta cobertura únicamente será aplicable en tanto el Asegurado se encuentre de Viaje. Este seguro únicamente cubre un traslado por Emergencia Médica al Hospital o centro de salud más cercano para que el Asegurado reciba atención médica adecuada y una repatriación o regreso del Asegurado al destino elegido por el Asegurado, teniendo como límite la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para ambos traslados. Tanto la repatriación sanitaria (internacional) o el retorno sanitario (nacional), como el traslado médico se realizarán en el medio de transporte que determine la Compañía.

La presente cobertura sólo será aplicable para viajes fuera del territorio de los Estados Unidos de México. Tratándose de Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, este seguro únicamente cubre el traslado médico de emergencia y el retorno sanitario (nacional) durante el Viaje del Asegurado a consecuencia de un Accidente.

Exclusiones

- 1. Para la cobertura de Traslados Médicos de Emergencia y Traslado Sanitarios, la Compañía no se hará cargo del traslado médico cuando por razones médicas evaluadas por un médico no justifiquen su procedencia.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico.
2. Reporte de la ambulancia o servicio que prestó el traslado médico de emergencia.
3. Comprobantes originales de los gastos erogados por los traslados, cuando así proceda.

Sección XIII. Gastos Funerarios o Traslado de restos mortales

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XIII, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Tanatopraxia: Es el conjunto de prácticas que se realizan sobre un cadáver desarrollando y aplicando métodos tanto para su higienización, conservación, embalsamamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético del cadáver, como para el soporte de su presentación.

Riesgo Cubierto

La presente cobertura funcionará mediante la modalidad de reembolso o pago directo y coordinación de los gastos funerarios incurridos o el traslado de restos mortales del Asegurado, bajo los siguientes escenarios:

I. Viajes fuera del Territorio de los Estados Unidos Mexicanos

En caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente o una Emergencia Médica y siempre que dicho fallecimiento haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, la Compañía podrá, a elección de un Familiar Directo o la persona designada:

1. Cubrir los gastos funerarios del Asegurado en el país en donde éste falleció; o
2. Gestionar y llevar a cabo el traslado o repatriación del cadáver del Asegurado del lugar en donde haya sucedido el deceso del Asegurado a un aeropuerto internacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, indicado o elegido por un Familiar Directo del Asegurado o la persona designada.

Para el caso de los gastos funerarios, la Compañía cubrirá los gastos en el extranjero, siempre y cuando se cumplan los siguientes supuestos:

- a) Se presente a la Compañía el certificado médico de defunción o documento similar o equivalente en la circunscripción del deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida en dicho país, con el fin de que la Compañía genere el pago a la funeraria o su similar en dicha circunscripción.

Tratándose de la repatriación del cadáver del Asegurado, se realizará por la Compañía en el momento en el que se cumplan los siguientes supuestos:

- a) El cadáver se encuentre liberado por las autoridades competentes del lugar en donde sucedió el deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida para que la Compañía pueda gestionar los trámites de repatriación de restos mortales.

Esta cobertura únicamente ampara los servicios, trámites, gestiones y gastos que se definen a continuación, por lo que cualquier otro servicio, concepto, trámite, gestión o gasto no listado aquí, no estará incluido y por lo tanto no estará cubierto.

Gastos funerarios: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia.
- c) Fénix hermético básico.
- d) Cremación.

Gastos de Repatriación: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo, embalsamiento y Tanatopraxia.
- c) Fénix hermético básico para la repatriación.
- d) Cualquier trámite requerido para la salida del cadáver del país en donde sucedió el deceso.
- e) Funda de protección para el revestimiento del fénix para transporte aéreo.
- f) Embalaje especial del fénix para el transporte aéreo.
- g) Transporte aéreo del cuerpo desde el lugar en donde sucedió el fallecimiento del Asegurado y/o su Acompañante, hasta el aeropuerto internacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos indicado por un Familiar Directo del Asegurado y/o su Acompañante.
- h) En caso de que las autoridades locales de la ciudad o país donde ocurra el deceso del Asegurado requieran de la presencia de un Familiar Directo y el Asegurado haya viajado sin Acompañante, la Compañía adicionalmente cubrirá el costo de un boleto redondo de avión en clase económica para el Familiar Directo que viaje a realizar los trámites y gestiones, desde el lugar de residencia del Familiar Directo hasta el lugar en donde permanezca el cuerpo del Asegurado.

La Compañía únicamente es responsable del pago de los gastos funerarios o de los gastos de repatriación del cadáver en los términos antes establecidos, por lo que cualquier demora vinculada a uno u otro, con motivo de los procesos de las autoridades competentes y/o de las gestiones que deba realizar el Familiar Directo o la persona designada, no serán responsabilidad de la Compañía.

La responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Esta cobertura es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, si el deceso a consecuencia de Accidente o Emergencia Médica.

II. Viajes dentro del Territorio de los Estados Unidos Mexicanos

En caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente y siempre que dicho fallecimiento haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos, la Compañía podrá, a elección de un Familiar Directo o la persona designada:

- 1. Cubrir los gastos funerarios del Asegurado en la entidad federativa en donde éste falleció; o
- 2. Gestionar y llevar a cabo el retorno del cadáver del Asegurado del lugar en donde haya sucedido el deceso del Asegurado a un aeropuerto nacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, indicado o elegido por un Familiar Directo del Asegurado o la persona designada.

Para el caso de los gastos funerarios, la Compañía cubrirá los gastos dentro de territorio de los Estados Unidos Mexicanos, siempre y cuando se cumplan los siguientes supuestos:

- a) Se presente a la Compañía el certificado médico de defunción o documento similar o equivalente en la circunscripción del deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida, con el fin de que la Compañía genere el pago a la funeraria o su similar en dicha circunscripción.

Tratándose del retorno del cadáver del Asegurado, se realizará por la Compañía en el momento en el que se cumplan los siguientes supuestos:

- a) El cadáver se encuentre liberado por las autoridades competentes del lugar en donde sucedió el deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida para que la Compañía pueda gestionar los trámites de retorno de restos mortales.

Esta cobertura únicamente ampara los servicios, trámites, gestiones y gastos que se definen a continuación, por lo que cualquier otro servicio, concepto, trámite, gestión o gasto no listado aquí, no estará incluido y por lo tanto no estará cubierto.

Gastos Funerarios: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura:

- a) Recolección de cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia.
- c) Féretro hermético básico.
- d) Cremación.

Gastos de Retorno del Cadáver: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia.
- c) Féretro hermético básico para su retorno.
- d) Cualquier trámite requerido para la salida del cadáver de la entidad federativa de los Estados Unidos Mexicanos en donde sucedió el deceso.
- e) Funda de protección para el revestimiento del féretro en caso para transporte aéreo.
- f) Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- g) Transporte aéreo del cuerpo desde el lugar en donde sucedió el fallecimiento del Asegurado y/o de su Acompañante, hasta el aeropuerto nacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos indicado por un Familiar Directo del Asegurado y/o de su Acompañante.
- h) En caso de que las autoridades locales de la ciudad donde ocurra el deceso del Asegurado requieran de la presencia de un Familiar Directo y el Asegurado haya viajado sin Acompañante, la Compañía adicionalmente cubrirá el costo de un boleto redondo de avión en clase económica para el Familiar Directo que viaje a realizar los trámites y gestiones, desde el lugar de residencia del Familiar Directo hasta el lugar en donde permanezca el cuerpo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado viaje con un Acompañante y el Familiar Directo o la persona designada opten por la modalidad de traslado o repatriación de cadáver, a elección del Familiar Directo o de la persona designada, se podrá trasladar adicionalmente al Acompañante para trasladar o repatriar al Asegurado, en el entendido que si la transportación del Acompañante en términos de lo antes descrito genera gastos adicionales, el traslado tanto del Asegurado, como en su caso, del Acompañante, estarán topados a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Lo anterior, en el entendido de que se priorizará en todo momento la transportación del Asegurado.

La Compañía únicamente es responsable del pago de los gastos funerarios o de los gastos de retorno del cadáver en los términos antes establecidos, por lo que cualquier demora vinculada a uno u otro, con motivo de los procesos de las autoridades competentes y/o de las gestiones que deba realizar el Familiar Directo o la persona designada, no serán responsabilidad de la Compañía.

La responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Esta cobertura es aplicable en Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, y sólo si el deceso es consecuencia de un Accidente, hasta el límite de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Exclusiones

- 1. La Compañía no se hará cargo de la repatriación funeraria ni gastos funerarios si la muerte ocurrió estando el Asegurado bajo los efectos de narcóticos, alcohol (cualquiera que sea su grado) o estupefacientes.**
- 2. Suicidio.**
- 3. En caso de que el fallecimiento haya sido consecuencia de una Enfermedad Preexistente padecida por el Asegurado.**
- 4. La Compañía no se hará cargo de los servicios funerarios como velación, entierro y otras ceremonias funerarias; así como las flores.**
- 5. Cuando no se acredite la personalidad de la persona fallecida como Asegurado del Certificado Individual.**
- 6. Cuando el Asegurado haya participado en actos criminales, siendo el propio Asegurado el sujeto activo.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.**
- 2. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 3. Expediente clínico del Asegurado e informe médico, en caso de que el fallecimiento haya sido por Emergencia Médica.**
- 4. Comprobante de los gastos funerarios erogados debidamente desglosado, cuando así proceda.**

Sección XIV. Indemnización en caso de Coma a consecuencia de un Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XIV, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Coma: Es un estado profundo de inconsciencia, la persona en coma está viva pero incapaz de moverse o responder a su entorno. El estado de coma debe estar certificado por un médico.

Accidente: Es todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia de la Póliza o del certificado respectivo, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o incluso la muerte del Asegurado dentro de los noventa (90) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerarán como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y el primer gasto médico se realicen después de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que les dio origen.

Las lesiones corporales sufridas por el Asegurado, el tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas, serán consideradas como un solo siniestro.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará en caso de que un Asegurado Titular sea víctima de un accidente cubierto y se establezca médicamente que ha permanecido en coma durante un periodo ininterrumpido de más de diez (10) días, la Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, por cada día en que el paciente se encuentre en estado de coma y durante el periodo máximo que se especifica en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura es excluyente de la cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Emergencia Médica en el Extranjero, en caso que se hayan contratado ambas coberturas, lo que significa que si el asegurado llegase a estar en estado de Coma, solo procederá el pago de ésta.

Exclusiones aplicables a la cobertura de Indemnización en caso de Coma a consecuencia de Accidente.

No se cubrirá la Indemnización en Caso de coma a consecuencia de Accidente derivados de lo siguiente:

1. Estados de coma que se originen por tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente.
2. Estados de coma que se originen por lesiones autoinfringidas sin importar el estado mental en el que este se ocasione, así como tampoco eventos que se originen por

culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.

- 3. Estados de coma que se originen por consumo de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- 4. Estados de coma cuyo tratamiento pueda otorgarse en casa.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Copia certificada completa de las Actuaciones del Ministerio Público.
2. Informe médico que indique detalle del padecimiento, incluyendo fecha de inicio, diagnóstico definitivo, tratamiento y evolución.
3. Copia de la interpretación de estudios de laboratorio y gabinete que respalden el diagnóstico y confirmen el estado de coma.
4. Constancia de hospitalización que especifique el periodo exacto del estado de coma.

Sección XV. Responsabilidad Civil

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a reembolsar, hasta el límite de la suma asegurada contratada para esta cobertura especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, los gastos por los daños, perjuicios y daño moral, que el Asegurado cause a terceros y por los que éste deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos o en el extranjero, según sea el caso, por hechos u omisiones no dolosos ocurridos durante el Viaje del Asegurado, que causen la muerte o menoscabo de la salud de dichos terceros, o el deterioro o la destrucción de los bienes propiedad de los mismos.

Adicionalmente, la Compañía reembolsará los gastos de defensa incurridos por el Asegurado, derivados de cualquier reclamación y/o juicio presentado en contra del Asegurado directamente derivado de la responsabilidad civil en que incurra conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior.

El límite máximo de responsabilidad para la Compañía, por uno o todos los siniestros que puedan ocurrir durante la vigencia del seguro es la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

El pago de los gastos de defensa del Asegurado incluye limitativamente lo siguiente:

- a) El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el Asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por esta Póliza. **En consecuencia, no se consideran comprendidas dentro de las obligaciones que la Compañía asuma bajo esta Póliza, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.**
- b) El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el Asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
- c) El pago de los gastos en que incurra el Asegurado, con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

Es indispensable que el Asegurado no realice ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía.

Si la Compañía lo considera necesario, ésta asumirá y conducirá la defensa o la presentación de cualquier reclamación y/o juicio interpuesto en contra del Asegurado, con el propósito de apersonarse en dicho procedimiento.

El Asegurado coadyuvará con la Compañía en su defensa o en el seguimiento de cualquier reclamación y/o juicio, obligándose a proporcionar oportunamente a la Compañía cualquier información y documentos que tenga disponibles para su defensa.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

1. **Responsabilidades ajenas, en las que el Asegurado, por convenio o contrato, se comprometa a la sustitución del obligado original, para reparar o indemnizar eventuales y futuros daños a terceros en sus personas o en sus propiedades.**

2. Responsabilidades profesionales y/o daños ocasionados a terceros por los productos fabricados, entregados o suministrados por el Asegurado, o bien, por los trabajos ejecutados.
3. Responsabilidades y/o daños originados por contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelo, subsuelo o bien por ruidos.
4. Responsabilidades y/o daños ocasionados a bienes propiedad de terceros que:
 - a) Estén en posesión del Asegurado por depósito, custodia o por disposición de autoridad.
 - b) Estén en poder del Asegurado en arrendamiento, subarriendo o comodato.
5. Responsabilidades y/o daños ocasionados por reacción nuclear o contaminación radioactiva.
6. Responsabilidades y/o daños causados con motivo de obras, construcciones, ampliaciones o demoliciones.
7. Responsabilidades como consecuencia de extravío de bienes o robo.
8. Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos de motor.
9. Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente o con complicidad y/o participación del o sus representantes o empleados.
10. Responsabilidad civil y profesional por las acciones u omisiones propias en el ejercicio de la profesión u oficio del Asegurado.
11. Culpa grave o negligencia inexcusable de la víctima.
12. Garantía de los productos que el Asegurado comercialice, incluyendo daños genéticos a personas o animales.
13. Cualquier reclamación que sea resultado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedad de transmisión sexual.
14. Multas y penas.
15. Por la responsabilidad civil vial que cause el Asegurado como consecuencia de un accidente derivado de la manipulación de un vehículo de motor, con o sin placas, de su propiedad, rentado o en calidad de préstamo.
16. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Documentos de cualquier aviso, notificación, citación, procedimientos extrajudiciales y expedientes que puedan remitirse, presentarse o trasladarse al Asegurado.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados.
3. Copia simple de carta reclamación del Asegurado dirigida a Chubb Seguros México, S.A. que incluya la relación de los bienes dañados, valorizados y firmada por el Asegurado.
4. Carta reclamación original del tercero afectado a el Asegurado, que incluya la relación de los bienes dañados, valorizados y firmada por el afectado.
5. Cotización de los bienes dañados y/o facturas de bienes reparados.
6. Fotografías de los bienes dañados.

Sección XVI. Cancelación de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XVI, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Beneficiario: Significan las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendopagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en porciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará los padres del Asegurado en porciones iguales. En caso defalta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre supérstite del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación deBeneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

Gastos de Viaje: Significa limitativamente los siguientes conceptos asociados al Viaje y que el Asegurado haya pagado o liquidado previo al inicio de su Viaje: hospedaje, transporte y tours.

Los Gastos de Viaje deberán ser demostrados por el Asegurado ante la Compañía mediante facturas, recibos o comprobantes expedidos por los prestadores u operadores de los servicios citados.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, los Gastos de Viaje incurridos por el Asegurado, si previo al inicio de su Viaje, sucede alguna de las siguientes eventualidades:

- a) Si el Asegurado y/o su Acompañante se ven impedidos a realizar el Viaje por encontrarse hospitalizados el día de inicio del Viaje, según el boleto o ticket del Transporte Público.
- b) Si el Asegurado y/o su Acompañante se ven impedidos a realizar el Viaje por motivo de una enfermedad grave y que un Médico avale que no es recomendable realizar el viaje.
- c) Si el Asegurado y/o su Acompañante se ven impedidos a realizar el Viaje, a causa de su fallecimiento.
- d) Si fallece un Familiar Directo del Asegurado durante los 15 (quince) días previos al inicio del Viaje, según el boleto o ticket del Transporte Público.
- e) Si a la fecha del inicio del Viaje, un Familiar Directo del Asegurado se encuentra hospitalizado, según el boleto o ticket del Transporte Público.
- f) Si el Asegurado recibiere una notificación para comparecer ante las autoridades de su país de Residencia Permanente siempre que dicha notificación la haya recibido con posterioridad a la contratación del seguro y a la erogación de los Gastos de Viaje.
- g) Cualquier reclamación ocasionada por disturbios civiles, motín o conmoción que conlleve la clausura de espacio aéreo o aeropuertos.

La indemnización que efectúe la Compañía por esta cobertura, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

La indemnización correspondiente a esta cobertura se pagará siempre y cuando se presenten a la Compañía las facturas o recibos o comprobantes de pago de los Gastos de Viaje incurridos.

En caso de que el Asegurado fallezca, el reembolso de los Gastos de Viaje se pagará a los Beneficiarios designados por éste, en términos de lo establecido en la definición de Beneficiario de esta Sección.

Esta cobertura sólo es aplicable previo al inicio del Viaje del Asegurado.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta por el operador del Transporte Público, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por lo que cualquier reembolso o indemnización que el operador del Transporte Público pague por la cancelación del Viaje a causa de las circunstancias descritas, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. La Compañía no pagará indemnización cuando la cancelación de viaje resulte de cualquier tratamiento médico o quirúrgico programado con anticipación al Viaje.**
- 2. Los gastos cubiertos pagados con programas de afinidad o lealtad de cualquier tipo que se traduzcan en puntos, premios, millas, kilómetros o similares.**
- 3. Los gastos que se hayan realizado posterior a la fecha de inicio del viaje.**
- 4. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**
- 5. La Compañía no pagará indemnización cuando la cancelación de viaje resulte y/o sea consecuencia de una hospitalización programada previo a la fecha de inicio del Viaje.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Informe médico, este debe contener el diagnostico, fecha de inicio del padecimiento, tratamiento y recomendaciones médicas al Asegurado, acompañante o familiar directo.**
- 2. Comprobante de cargos no reembolsados, documento emitido por los prestadores de los servicios donde se desglose el concepto y el monto de la penalización.**
- 3. Documento con el cual se acredite el parentesco, cuando se trate de cancelación de viaje por fallecimiento u hospitalización de un familiar directo.**
- 4. Copia del acta de defunción Asegurado, acompañante o familiar directo (cuando aplique).**
- 5. Copia de la notificación para comparecer ante las autoridades de su país de Residencia (cuando aplique).**

Sección XVII. Interrupción de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XVII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Beneficiario: Significan las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendopagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en porciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará los padres del Asegurado en porciones iguales. En caso defalta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre supérstite del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación deBeneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

Gastos de Viaje Remanentes: Significa los Gastos de Viaje desde el momento de la interrupción del Viaje hasta el momento en el que su finalización estaba programada originalmente.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, los Gastos de Viaje Remanentes incurridos por el Asegurado, si el Asegurado se ve obligado a interrumpir su Viaje a causa de alguna de las siguientes eventualidades y siempre que estas ocurran durante el Viaje del Asegurado:

1. Hospitalización del Asegurado a causa de un Accidente o Emergencia Médica.
2. Muerte del Asegurado a causa de un Accidente o Emergencia Médica.
3. Hospitalización o fallecimiento del Acompañante de Viaje del Asegurado.
4. Hospitalización o fallecimiento de un Familiar Directo del Asegurado.
5. Si el Asegurado recibiere una notificación para comparecer ante las autoridades de su país de Residencia Permanente antes de la finalización del Viaje y siempre que dicha notificación la haya recibido con posterioridad a la fecha de inicio de inicio del Viaje y a la erogación de los Gastos de Viaje Remanentes.
6. Cualquier reclamación ocasionada por disturbios civiles, motín o conmoción que conlleve la clausura de espacio aéreo o aeropuertos.

Tratándose de la Hospitalización del Asegurado, de su Acompañante o de un Familiar Directo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía una opinión firmada por el Médico tratante, que determine como médicamente necesaria dicha Hospitalización. La referida opinión en ningún caso podrá ser emitida por un familiar, consanguíneo o por afinidad del Asegurado y/o del Acompañante y/o del Familiar Directo, según sea el caso.

La indemnización que efectúe la Compañía por esta cobertura, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada establecida en la caratula de Póliza y/o Certificado Individual.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta por los prestadores de servicios relacionados con los Gastos de Viaje Remanentes, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por lo que cualquier reembolso o indemnización que los prestadores de servicios relacionados con los Gastos de Viaje Remanentes paguen por la interrupción del Viaje a causa de las circunstancias descritas, no será reembolsable mediante este seguro.

En caso de que el Asegurado fallezca, el reembolso de los Gastos de Viaje Remanentes se pagará a los Beneficiarios designados por éste, en términos de lo establecido en la definición de Beneficiario de esta Sección.

Esta cobertura es aplicable tanto para viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. La Compañía no pagará indemnización cuando la interrupción de viaje que resulte de cualquier tratamiento médico o quirúrgico programado con anticipación al Viaje.**
- 2. Los gastos cubiertos pagados con programas de afinidad o lealtad de cualquier tipo que se traduzcan en puntos, premios, millas, kilómetros o similares.**
- 3. Los gastos que se hayan realizado posterior a la fecha de inicio del viaje.**
- 4. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**
- 5. La Compañía no pagará indemnización cuando la interrupción de viaje resulte y/o sea consecuencia de la hospitalización programada previo a la fecha de inicio del Viaje.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Original o copia certificada del documento con el cual se acredite la causa de la interrupción, como es, Informe Médico de Asegurado, Familiar Directo o Acompañante, éste debe contener el diagnóstico, fecha de inicio del padecimiento, tratamiento y recomendaciones médicas.**
- 2. Acta de defunción del Asegurado, Acompañante o Familiar Directo; notificación de comparecencia emitida por la autoridad correspondiente, según sea el caso.**
- 3. Copia del documento que acredite la compra del paquete y/o el desglose de los servicios adquiridos previo al inicio del viaje a nombre del Asegurado.**
- 4. Comprobante de cargos no reembolsados, documento emitido por los prestadores de servicios donde se desglose el concepto y el monto de la penalización.**
- 5. Documento que acredite la notificación para comparecer ante las autoridades de su país de Residencia Permanente antes de la finalización del Viaje.**

Sección XVIII. Demora de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XVIII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Gastos de Primera Necesidad: Significa, los pagos o gastos por bienes y/o servicios estrictamente necesarios, que el Asegurado deba erogar derivados del retraso o demora en el itinerario programado del Transporte Público, siendo estos limitativamente: alimentos y bebidas, sin incluir bebidas alcohólicas, así como hospedaje.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el monto de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, los Gastos de Primera Necesidad incurridos por el Asegurado como consecuencia de que el Transporte Público a ser usado por el Asegurado para realizar un Viaje, sufra una demora mayor a 6 (seis) horas en el itinerario u horario de salida inicialmente determinado por el operador. Dicha demora solo será cubierta si es a consecuencia de alguna de las siguientes causas: huelga, secuestro del Transporte Público, falla del Transporte Público, condiciones adversas en el clima, caso fortuito o fuerza mayor que afecte al Transporte Público, **por lo que la demora en el horario o itinerario del Transporte Público por una causa distinta a las antes descritas, no está amparada por esta cobertura.**

El reembolso se efectuará siempre y cuando (i) el Asegurado se haya registrado para abordar en los tiempos y formas establecidos por el operador del Transporte Público; y (ii) el operador del Transporte Público certifique por escrito las causas que originaron la demora, así como la duración de ésta.

Esta cobertura no tendrá efecto cuando la demora se haya hecho del conocimiento del Asegurado 24 (veinticuatro) horas previas al horario de salida inicialmente establecido por el operador del Transporte Público.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización de los Gastos de Primera Necesidad cubiertos por el operador del Transporte Público, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por lo que cualquier Gasto de Primera Necesidad cubierto por el operador del Transporte Público, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura tiene como límite la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura es aplicable tanto para viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. Los gastos cubiertos pagados con programas de afinidad o lealtad de cualquier tipo que se traduzcan en puntos, premios, millas, kilómetros o similares.**
- 2. Los gastos que se hayan realizado posterior a la fecha de inicio del Viaje.**

3. **Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**
4. **La Compañía no pagará la Demora del Viaje cuando ésta tenga origen en el lugar de Residencia Permanente.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Carta expedida por el Transporte Público en donde especifique las causas que originaron la demora del viaje y duración de la misma.
2. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado, originados por concepto de comida, alojamiento y transporte derivados de la demora del viaje.

Sección XIX. Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XIX, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Artículos de Primera Necesidad: Significa la vestimenta y los artículos de aseo personal esenciales para que el Asegurado cubra las necesidades más indispensables de vestido e higiene personal, **no incluyéndose artículos no esenciales o de lujo, tales como vestimenta y accesorios de diseñadores o de casas de alta moda, perfumería, cuidado de la piel, artículos para estilizar el cabello y joyería.**

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, el costo del boleto o ticket del Transporte Público que el Asegurado haya pagado a consecuencia de no haber abordado dicho Transporte Público, limitativamente por la falla o desperfecto repentino o imprevisible del medio de Transporte Público autorizado o por alguna causa imputable directamente al operador del Transporte Público. Esta cobertura se limita solo a 1 (uno) evento por vigencia del Certificado Individual y hasta la suma asegurada mostrada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el reembolso de los gastos de 1 (una) noche de hotel en establecimientos a un diámetro máximo de 5 (cinco) kilómetros de distancia del lugar donde el Asegurado abordará el Transporte Público. Dicho reembolso aplicará siempre y cuando (i) sea consecuencia de la pérdida de salida o pérdida de conexión del Transporte Público en términos de lo descrito en el párrafo inmediato anterior; (ii) el nuevo horario de salida del Transporte Público propuesto por el operador del Transporte Público salga o parta posterior a 8 (ocho) horas siguientes a la hora de salida inicialmente establecida por dicho operador; y (iii) que la pérdida de salida o pérdida de conexión se haya suscitado cuando el Viaje del Asegurado ya haya comenzado. La cantidad que se reembolse estará topada al monto establecido para esta cobertura en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y disminuirá proporcionalmente la Suma Asegurada contratada.

Esta cobertura no es aplicable si la pérdida de la salida o de conexión, según lo antes establecido, es dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

La indemnización que efectúe la Compañía por esta cobertura, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta por el operador del Transporte Público, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por lo que cualquier reembolso o indemnización que el operador del Transporte Público pague por la pérdida de salida o conexión, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura es aplicable para Viajes internacionales o fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no será aplicable si:

- 1. El Asegurado es indemnizado por el operador del Transporte Público o un tercero.**
- 2. Si el Asegurado declinó la alternativa de viaje o transportación ofrecida por el operador del Transporte Público, para llegar a su destino sin costo alguno para el Asegurado.**
- 3. Si el Asegurado compró un boleto o ticket distinto a la alternativa ofrecida por el operador del Transporte Público, excepto si dicha alternativa no garantiza la necesidad del cliente de llegar a cierta hora y fecha y que esta sea comprobable.**
- 4. Si el Asegurado no abordó o perdió el Transporte Público por causas directamente imputables a él.**
- 5. Si el pasaje o el abordaje del Asegurado está sujeto a disponibilidad de espacio.**
- 6. El Asegurado no presenta justificante de los gastos erogados y/o una confirmación escrita del retraso elaborada por el operador del Transporte Público.**
- 7. Cuando la conexión entre vuelos del Asegurado no tenga un mínimo de tres horas entre un vuelo y otro.**
- 8. El Asegurado rechaza un servicio alternativo que le proporcione su proveedor de transporte.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Copia del boleto o ticket del Transporte Público, así como comprobante de pago de dicho servicio.**
- 2. Comprobantes originales de la noche de alojamiento.**
- 3. Declaración de la compañía de Transporte Público respecto al atraso.**

Sección XX. Demora de Equipaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XX, los siguientes términos tienen los significados que a continuación se le atribuyen, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Artículos de Primera Necesidad: Significa la vestimenta y los artículos de aseo personal esenciales para que el Asegurado cubra las necesidades más indispensables de vestido e higiene personal, **no incluyéndose artículos no esenciales o de lujo, tales como vestimenta y accesorios de diseñadores o de casas de alta moda, perfumería, cuidado de la piel, artículos para estilizar el cabello y joyería.**

Equipaje: Significa los objetos de uso personal que transporta el Asegurado para hacer uso de ellos durante su Viaje, tales como ropa, calzado, artículos de belleza y aseo, artículos de entretenimiento, artículos deportivos, medicamentos, libros, así como cualquier otro objeto destinado al uso netamente personal del Asegurado, siempre que puedan ser transportados regularmente conforme a las políticas de los operadores de Transporte Público y de las autoridades migratorias correspondientes, sin requerir de un permiso o de un procedimiento especial para su transportación. También se considera Equipaje los objetos destinados a transportar los artículos de uso personal del Asegurado, tales como, maletas, baúles, mochilas y porta trajes, entre otros.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el monto de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, los gastos en que el Asegurado incurra por la compra de Artículos de Primera Necesidad, como consecuencia de la demora en la entrega de su Equipaje por parte del operador del Transporte Público.

Para efectos de esta cobertura, se considerará que existe demora en la entrega del Equipaje del Asegurado, cuando el operador del Transporte Público no haga entrega al Asegurado de su Equipaje, dentro de las horas indicadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, siguientes al momento en el que el Asegurado arrije al lugar de destino.

Esta cobertura sólo ampara el Equipaje que se encuentre en custodia del operador del Transporte Público, por lo que el Equipaje que el Asegurado está autorizado a transportar dentro de la cabina de Pasajeros del Transporte Público, no está cubierto.

Esta cobertura no será aplicable si la demora del Equipaje ocurre en el regreso al lugar de Residencia Permanente del Asegurado.

Para hacer efectivo el pago por este beneficio es necesario lo siguiente:

- Que el Equipaje se haya retrasado encontrándose en custodia del operador del Transporte Público.
- Que el Equipaje fuese registrado o documentado por el Asegurado en el mismo Transporte Público en el que el Asegurado viajaba.
- Que el Equipaje haya sido reportado por el Asegurado como retrasado ante el operador del Transporte Público responsable.

Para hacer la reclamación será necesario que el Asegurado presente los documentos originales de las facturas o notas de compra de los Artículos de Primera Necesidad, así como el documento expedido por el operador del Transporte Público que ampare la demora en la entrega del Equipaje registrado.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta al Asegurado por el operador del Transporte Público responsable, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por lo que cualquier gasto incurrido por concepto de compra de Artículos de Primera Necesidad, cubierto al Asegurado por el operador del Transporte Público, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara la Demora de Equipaje a consecuencia de lo siguiente:

- 1. Si el Equipaje se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.**
- 2. Si el Asegurado es miembro u operador de la tripulación en el medio de Transporte Público autorizado que dio origen al suceso.**
- 3. Si se ha omitido la notificación del retraso a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Copia de los boletos, pases de abordar y ticket de Equipaje a nombre del Asegurado.**
- 2. Reporte de Incidencias, levantado con el Transporte Público por la demora de su equipaje.**
- 3. Carta expedida por el Transporte Público donde indique las causas de la demora, así como la fecha y hora de entrega del Equipaje al usuario.**
- 4. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado originados por la demora de Equipaje.**

Sección XXI. Pérdida de Equipaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Equipaje: Significa los objetos de uso personal que transporta el Asegurado para hacer uso de ellos durante su Viaje, tales como ropa, calzado, artículos de belleza y aseo, artículos de entretenimiento, artículos deportivos, medicamentos, libros, así como cualquier otro objeto destinado al uso netamente personal del Asegurado, siempre que puedan ser transportados regularmente conforme a las políticas de los operadores de Transporte Público y de las autoridades migratorias correspondientes, sin requerir de un permiso o de un procedimiento especial para su transportación. También se considera Equipaje los objetos destinados a transportar los artículos de uso personal del Asegurado, tales como, maletas, baúles, mochilas y porta trajes, entre otros.

Valor de Mercado: valor promedio del bien al que se puede conseguir para su compra por otro similar en condiciones, calidad, tamaño y capacidad, considerando el desgaste natural del bien.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual por la pérdida del Equipaje del Asegurado por parte del operador del Transporte Público o del hotel en donde el Asegurado se hospede o se haya hospedado, siempre que dicho Equipaje se encuentre bajo la custodia del operador del Transporte Público o del hotel y el Asegurado cuente con un comprobante de custodia de Equipaje emitido por estos en el que se indique el número de piezas de Equipaje en resguardo.

Para efectos de esta cobertura, no será considerado como pérdida de Equipaje la confiscación o retención del Equipaje por orden de una autoridad competente, sea cual fuere su causa.

La indemnización estará sujeta al Valor de Mercado de los artículos contenidos en el Equipaje en custodia de la operadora de Transporte Público o del hotel. La cantidad a indemnizar se determinará con base en la declaración de los objetos perdidos efectuada por el Asegurado a la operadora de Transporte Público o al hotel, especificando el valor de los objetos y año de compra.

El pago de la indemnización no excederá de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta al Asegurado por la operadora de Transporte Público o por el hotel, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por lo que el valor del Equipaje indemnizado al Asegurado por la operadora de Transporte Público o por el hotel, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. Pérdidas o robos parciales del equipaje registrado.**
- 2. Pérdida de animales, automóviles o equipos de automóviles, cualquier vehículo de transporte y sus accesorios (excepto bicicletas cuando se registren como equipaje), menaje de casa, anteojos o lentes de contacto, dientes postizos o puentes dentales, audífonos, miembros protésicos, instrumentos musicales, dinero, valores o tarjetas de crédito o títulos mobiliarios, boletos de transporte público, documentos, artículos perecederos o de consumo, cualquier tipo de cámara, equipo electrónico, materiales u objetos de trabajo, radios y bienes similares, y objetos de arte.**
- 3. Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.**
- 4. Si se ha omitido la notificación del robo, Hurto o extravío a la compañía de Transporte Público autorizado u hotel, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque u hotel.**
- 5. Si el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el Equipaje perdido.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Copia de los boletos, pases de abordar, ticket de Equipaje o comprobante de hospedaje en el hotel responsable y ticket o comprobante de que se dejó el Equipaje en custodia del Hotel a nombre del Asegurado.
2. Reporte de Incidencias, levantado con el Transporte Público u hotel por la pérdida del Equipaje.
3. Carta expedida por el Transporte Público u hotel en donde confirme la pérdida de su Equipaje.
4. Inventario de artículos personales dentro del Equipaje perdido o robado, incluyendo descripción, fecha y valor de compra.

Sección XXII. Daño de Equipaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Daño de Equipaje: Significa el detrimento, maltrato o menoscabo estructural del Equipaje del Asegurado. Para efectos de este seguro se entenderá que un Daño es estructural cuando el objeto afectado haya perdido o disminuido su funcionalidad, por lo que las afectaciones estéticas no se encuentran cubiertas por este seguro.

Equipaje: Significa los objetos de uso personal que transporta el Asegurado para hacer uso de ellos durante su Viaje, tales como ropa, calzado, artículos de belleza y aseo, artículos de entretenimiento, artículos deportivos, medicamentos, libros, así como cualquier otro objeto destinado al uso netamente personal del Asegurado, siempre que puedan ser transportados regularmente conforme a las políticas de los operadores de Transporte Público y de las autoridades migratorias correspondientes, sin requerir de un permiso o de un procedimiento especial para su transportación. También se considera Equipaje los objetos destinados a transportar los artículos de uso personal del Asegurado, tales como, maletas, baúles, mochilas y porta trajes, entre otros.

Valor de Mercado: valor promedio del bien al que se puede conseguir para su compra por otro similar en condiciones, calidad, tamaño y capacidad, considerando el desgaste natural del bien.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual por el Daño del Equipaje del Asegurado, siempre que dicho Equipaje se encuentre bajo la custodia del operador del Transporte Público o del hotel en donde se hospede o se haya hospedado el Asegurado, y el Asegurado cuente con un comprobante de custodia de Equipaje emitido por estos en el que se indique el número de piezas de Equipaje en resguardo.

El monto a pagar por el Daño del Equipaje será el equivalente a su Valor de Mercado a la fecha en que acontezca el siniestro y de acuerdo con las políticas de valuación del operador de Transporte Público o del hotel.

Para hacer efectivo el pago por este beneficio es necesario se presente lo siguiente:

- a) Que el Equipaje haya sufrido un Daño encontrándose en custodia del operador del Transporte Público o del hotel en donde se hospeda o se haya hospedado el Asegurado.
- b) Tratándose de Daños sufridos bajo la custodia del operador del Transporte Público, que el Equipaje fuese registrado o documentado por el Asegurado en el mismo Transporte Público en el que el Asegurado viajaba, y en caso de que ocurra en el Hotel, acreditar que se encontraba bajo la custodia de éste.
- c) El Asegurado tendrá que presentar el reporte de daño de Equipaje (PIR-Property Irregularity Report o equivalente).

El pago de la indemnización no excederá de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta al Asegurado por la operadora de Transporte Público o por el hotel, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta

cobertura, por lo que el Daño al Equipaje indemnizado al Asegurado por la operadora de Transporte Público o por el hotel, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.**
- 2. Si el Asegurado es miembro u operador de la tripulación en el medio de Transporte Público autorizado que dio origen al suceso.**
- 3. Si el Asegurado no presentó el reporte de Daño de Equipaje (PIR-Property Irregularity Report o equivalente).**
- 4. Si se comprueba que el Equipaje reportado como dañado ya se encontraba en ese estado en el momento de haber sido entregado a la Compañía de Transporte Público autorizado para su embalaje o cuando se dejó en custodia del Hotel.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Reporte de Incidencias, levantado ante la compañía de Transporte Público u Hotel, según sea el caso, por el daño del Equipaje PIR-Property Irregularity Report o equivalente).**
- 2. Carta expedida por la compañía de Transporte Público u Hotel, según sea el caso, en donde confirme el daño de su Equipaje y que el mismo se encontraba bajo su custodia al momento de sufrir el daño.**

Sección XXIII. Robo de Menaje de Casa con Violencia durante el Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Casa Habitación: Lugar físico donde el Asegurado reside de forma permanente y que representa su Residencia Permanente para los efectos de este seguro.

Menaje de Casa: Para los efectos de esta Póliza, se refiere a los muebles, ropa, aparatos electrodomésticos y aparatos electrónicos como televisión y sonido.

Valor de Mercado: valor promedio del bien al que se puede conseguir para su compra por otro similar en condiciones, calidad, tamaño y capacidad, considerando el desgaste natural del bien.

Riesgo Cubierto

Si el Asegurado sufre un robo con violencia al interior de su Residencia Permanente y dicho Robo sucede mientras la residencia se encuentra sin Habitantes. La Compañía le indemnizará, hasta el límite de Suma Asegurada contratada y descrita en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, la pérdida del menaje de casa los contenidos en la Casa Habitación donde el Asegurado tiene su Residencia Permanente, afectados por dicho evento, de acuerdo con los siguientes sucesos:

- Robo mediante el uso de violencia física del exterior al interior del inmueble, en el cual existan huellas o rastros visibles de dicho evento.
- Daños materiales al Inmueble a consecuencia del uso de violencia utilizada en el robo perpetrado.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para esta cobertura se establece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y opera como suma asegurada única.

El monto a pagar por el Menaje robado, será el equivalente a su Valor de Mercado a la fecha en que acontezca el siniestro.

Exclusiones aplicables para la cobertura de robo de menaje de casa con violencia durante el viaje:

1. El robo con violencia cometido por personas por las cuales el Asegurado fuere civilmente responsable, personas con las que el Asegurado tuviera alguna relación laboral; personas que desarrollen alguna función a favor del Asegurado, por cualquier Beneficiario o causahabiente del Asegurado o por los apoderados de cualquiera de ellos.
2. Abuso de confianza.
3. Robo sin violencia física demostrada del interior al exterior del inmueble.
4. Actos intencionales o negligencia manifiesta del Asegurado o de las personas que vivan en el mismo inmueble que éste.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado, el cual será proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Copia del Itinerario de viaje.
4. Acta ante el ministerio público donde se detallen los hechos y se desglosen los bienes que representan el Menaje de Casa robado.
5. Relación de Menaje de Casa robado, indicando su descripción, fecha y lugar de compra, y valor de nuevo.
6. Presentar facturas a nombre del Asegurado o fotografías que acrediten la existencia del Menaje de Casa robado.

Sección XXIV. Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXIV, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hospitalización: Significa el internamiento del Asegurado en un Hospital, por un periodo mínimo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas.

Riesgo Cubierto

En caso de Hospitalización del Asegurado a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, cuyo pronóstico de estancia u Hospitalización sea mayor a 5 (cinco) días naturales contados a partir de su ingreso al hospital o centro de salud, la Compañía, a elección del Asegurado:

1. Gestionará y cubrirá el costo de la transportación, viaje redondo en clase económica hasta la Suma Asegurada contratada, para un Familiar Directo, a fin de que éste acompañe al Asegurado durante su estancia u Hospitalización; o
2. Reembolsará el costo de la transportación viaje redondo en clase económica para un Familiar Directo que haya acompañado al Asegurado durante su estancia u Hospitalización.

Para hacer válida esta cobertura, el Asegurado o el Familiar Directo deberán presentar a la Compañía: (i) un documento extendido por el Médico tratante del Asegurado, que acredite que el pronóstico de Hospitalización del Asegurado rebasará los 5 (cinco) días hábiles contados a partir del ingreso del Asegurado al Hospital o centro de salud en el extranjero; o (ii) acreditar documentalmente que el Asegurado ha permanecido hospitalizado en el extranjero por más de 5 (cinco) días hábiles continuos e interrumpidos.

Esta cobertura únicamente ampara la transportación, viaje redondo en clase económica del Familiar Directo del Asegurado en los términos antes descritos, por lo que cualquier otro gasto del Familiar Directo del Asegurado durante su estancia en el extranjero, no está cubierto por este seguro. La responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.
2. Cualquier gasto adicional al establecido en esta cobertura.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados por los traslados, cuando así proceda.

Sección XXV. Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXV, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hotel Cubierto: Significa el establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes o viajeros, cuyo costo total máximo por noche de alojamiento no exceda la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, incluyendo los impuestos que por legislación del lugar en donde se encuentre ubicado, sean aplicables.

Riesgo Cubierto

En caso de Hospitalización del Asegurado a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, cuyo pronóstico de estancia u Hospitalización sea mayor a 5 (cinco) días naturales contados a partir de su ingreso al Hospital o centro de salud, la Compañía, a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá los gastos de hospedaje de un Familiar Directo del Asegurado en el Hotel Cubierto disponible más cercano al Hospital o al centro de salud en el que el Asegurado se encuentre hospitalizado. Esta modalidad se encuentra limitada al número máximo de noches de alojamiento establecido en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual; o
- b) Reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, los gastos de hospedaje en que haya incurrido un Familiar Directo del Asegurado, mientras el Asegurado se haya encontrado hospitalizado.

Para hacer válida esta cobertura, el Asegurado deberá presentar a la Compañía: (i) un documento extendido por el Médico tratante del Asegurado, que acredite que el pronóstico de Hospitalización del Asegurado rebasará los 5 (cinco) días hábiles contados a partir del ingreso del Asegurado al hospital o centro de salud en el extranjero; o (ii) acreditar documentalmente que el Asegurado ha permanecido hospitalizado en el extranjero por más de 5 (cinco) días hábiles continuos e interrumpidos.

Esta cobertura únicamente ampara el hospedaje del Familiar Directo del Asegurado en los términos antes descritos, por lo que cualquier gasto distinto al costo por noche de hospedaje, tales como, servicio a la habitación, llamadas, alimentos o snacks consumidos durante el hospedaje o cualquier otro gasto como alimentación y transportación del Familiar Directo del Asegurado, no están amparados por esta cobertura. Esta cobertura está limitada al número de días y/o a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

1. **Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
2. **No se cubrirán gastos adicionales a los establecidos en la cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico.
2. Comprobantes o facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.

Sección XXVI. Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXVI, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Acompañante: Significa la persona física que realiza el Viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario, hospedándose en los mismos hoteles o lugares y haciendo uso del mismo Transporte Público, en los mismos vuelos, corridas u horarios que el Asegurado.

Riesgo Cubierto

En caso de que durante un Viaje el Asegurado haya llevado como único Acompañante a un menor de 15 (quince) años o un mayor de 75 (setenta y cinco) años y el Asegurado se vea imposibilitado para continuar su Viaje o regresar con el Acompañante a su lugar de Residencia Permanente, a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, la Compañía a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá, hasta el importe de la Suma Asegurada contratada, el costo de la transportación en viaje redondo para un Familiar Directo del Asegurado, a fin de que éste acompañe al menor de 15 (quince) años o al mayor de 75 (setenta y cinco) años en su regreso a su lugar de Residencia Permanente; o
- b) Reembolsará, hasta el importe de la Suma Asegurada contratada, el costo en que haya incurrido el Familiar Directo por su transportación con el fin de acompañar al menor de 15 (quince) o mayor de 75 (setenta y cinco) años en su regreso a su lugar de Residencia Permanente.

Para que esta cobertura sea pagada o reembolsada, la Compañía o el Asegurado deberán agotar en primera instancia la posibilidad de conseguir un pasaje disponible en el mismo Transporte Público en el que el Acompañante menor o mayor tiene reservado y/o comprado para su regreso; solo en el caso en el que no existan lugares disponibles, la Compañía o el Asegurado podrán comprar pasajes tanto para el Familiar Directo como para el acompañante menor o mayor, en cuyo caso, la compra de ambos pasajes estará sujeta al límite de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura únicamente ampara el costo de transportación del Familiar Directo del Asegurado, viaje redondo; y en su caso, el costo de transportación de regreso del Acompañante menor de 15 (quince) años o Mayor de 75 (setenta y cinco) años, en los términos antes descritos, hasta por el importe de la Suma Asegurada contratada, por lo que cualquier otro gasto como hospedaje, alimentación y transportación del Familiar Directo del Asegurado y/o del menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años, no están cubiertos por este seguro.

La Compañía únicamente es responsable de la gestión y compra o reembolso de los costos de transportación, por lo que cualquier trámite o permiso requerido para que el menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años pueda viajar, no es responsabilidad de la Compañía.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. No se cubrirán gastos adicionales a los establecidos en la cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Informe médico.**
- 2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.**

Sección XXVII. Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXVII., los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Acompañante: Significa la persona física que realiza el Viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario, hospedándose en los mismos hoteles o lugares y haciendo uso del mismo Transporte Público, en los mismos vuelos, corridas u horarios que el Asegurado.

Hotel Cubierto: Significa el establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes o viajeros, cuyo costo total máximo por noche de alojamiento no exceda la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, incluyendo los impuestos que por legislación del lugar en donde se encuentre ubicado, sean aplicables.

Riesgo Cubierto

En caso de que durante un Viaje el Asegurado haya llevado como único Acompañante a un menor de 15 (quince) años o un mayor de 75 (setenta y cinco) años y el Asegurado sea vea imposibilitado para continuar su Viaje o regresar con el Acompañante a su lugar de Residencia Permanente, a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, la Compañía a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá, hasta por el importe de la Suma Asegurada contratada, los gastos de hospedaje de un Familiar Directo del Asegurado en el hotel en donde el menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años se encuentre hospedado, hasta el monto de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. En caso de que no sea posible hospedar al Familiar Directo en el mismo hotel en donde se encuentre hospedado el Acompañante, la Compañía gestionará y cubrirá el hospedaje del Acompañante y del Familiar Directo en algún Hotel Cubierto disponible; en cuyo caso, esta cobertura se encontrará limitada al número máximo de noches de alojamiento establecido en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual; o
- b) Reembolsará, hasta por el importe de la Suma Asegurada contratada, los gastos de hospedaje en que haya incurrido un Familiar Directo del Asegurado para acompañar al menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años.

Los gastos de hospedaje a ser pagados o reembolsados por la Compañía conforme a esta cobertura únicamente incluyen el costo por noche de hospedaje. Esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura únicamente ampara el pago o el reembolso por hospedaje en los términos antes descritos, por lo que cualquier gasto distinto al costo por noche de hospedaje, tales como, servicio a la habitación, llamadas, alimentos o snacks consumidos durante el hospedaje o cualquier otro gasto como alimentación y trasporte del Familiar Directo y/o del menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años, no están cubiertos por esta cobertura.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. No se cubrirá gastos adicionales a los establecidos en la descripción de la cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Informe médico.**
- 2. Comprobantes o facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.**

Sección XXVIII. Recuperación en Hotel por Accidente o Emergencia Médica

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXVIII, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hotel Cubierto: Significa el establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes o viajeros, cuyo costo total máximo por noche de alojamiento no exceda la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, incluyendo los impuestos que por legislación del lugar en donde se encuentre ubicado, sean aplicables.

Riesgo Cubierto

En caso de que a consecuencia de un Accidente o de una Emergencia Médica, el Médico tratante del Asegurado determine que resulta médicamente necesaria la estancia o recuperación del Asegurado en el lugar en donde sucedió el Accidente o Emergencia Médica, pero fuera de un Hospital o centro de salud, no siendo médicamente posible que el Asegurado pueda continuar su Viaje o regresar a su lugar de Residencia Permanente, la Compañía, a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá los gastos de hospedaje del Asegurado en un Hotel Cubierto disponible en la localidad en donde se encuentre el Hospital o centro de salud del cual el Asegurado haya sido dado de alta después del Accidente o de la Emergencia Médica. Esta modalidad se encuentra limitada al número máximo de noches de alojamiento establecido en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual; o
- b) Reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, los gastos de hospedaje en que haya incurrido el Asegurado, mientras el Asegurado se haya encontrado en recuperación.

Para hacer válida esta cobertura, el Asegurado (i) deberá presentar a la Compañía un documento extendido por el Médico tratante del Asegurado en donde se establezca o determine la necesidad médica de su estancia o recuperación en la localidad en donde se encuentre el Hospital o centro de salud del cual el Asegurado haya sido dado de alta después del Accidente o de la Emergencia Médica; y (ii) haber permanecido hospitalizado por más de 5 (cinco) días hábiles continuos e interrumpidos.

Los gastos de hospedaje cubiertos por la Compañía conforme a esta cobertura únicamente incluyen el costo por noche de hospedaje. Esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura únicamente ampara el costo por hospedaje del Asegurado en los términos antes descritos, por lo que cualquier gasto distinto al costo por noche de hospedaje, tales como, servicio a la habitación, llamadas, alimentos o snacks consumidos durante el hospedaje o cualquier otro gasto como alimentación y transportación del Asegurado, no están cubiertos por este seguro.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. No se cubrirán gastos adicionales a los establecidos en la cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Informe médico.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.

Sección XXIX. Traslado de un Ejecutivo en caso de Enfermedad y/o Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Riesgo Cubierto

En caso que el Asegurado sufra, durante un Viaje de Negocios, una enfermedad o accidente cubierto y su hospitalización requiera de más de cinco (5) días de hospitalización, la Compañía gestionará el traslado de un ejecutivo de reemplazo hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado. El traslado estará limitado al pago del boleto de avión en viaje redondo y clase económica, y el ejecutivo de reemplazo deberá estar cubierto en una Póliza de seguro de viaje contratada con la Compañía desde el momento del viaje hasta la fecha de término de vigencia del Certificado Individual del Asegurado.

Para que esta cobertura proceda, invariablemente el seguro del ejecutivo que sea enviado en reemplazo del asegurado hospitalizado deberá de ser contratada por la Compañía para la que trabajan los Asegurados y estos se acreditarán con identificación oficial de la misma.

Esta cobertura es excluyente con las coberturas Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado y Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. Cualquier gasto adicional al establecido en esta cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Informe médico.**
- 2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.**

Sección XXX. Evacuación Política

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Riesgo Cubierto

Si el Asegurado se ve obligado a retornar al país de Residencia Permanente debido a acontecimientos que generan inestabilidad en el régimen político del país en dónde se encuentra de Viaje, la Compañía reembolsará hasta el monto de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por los gastos de transporte en los que incurra el Asegurado para retornar a su lugar de Residencia Permanente. La indemnización se realizará siempre que el Asegurado haya intentado utilizar el boleto de regreso previamente adquirido y esto no sea posible, por lo que deberá demostrarlo con documentos que comprueben lo mencionado anteriormente, así mismo, el regreso debe darse con un boleto clase turista.

Esta cobertura únicamente tendrá validez cuando se haya originado una alerta declarada y documentada por las autoridades locales o el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada u otra institución similar en el país donde se encuentra el Asegurado.

Exclusiones

- 1. Si el Contratante del Seguro o el Asegurado ha violado las leyes, normativas o recomendaciones del país donde se produce el acontecimiento.**
- 2. Si el Asegurado no puede acreditar su legal estancia o internamiento en el país en el que se encuentra de Viaje y que se ha declarado en situación de terrorismo conforme a lo estipulado en esta cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Boleto de trasporte clase turista e itinerario del viaje.
2. Comprobantes originales de los gastos erogados por la evacuación.

Sección XXXI. Evacuación por Terrorismo

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXXI, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Terrorismo: Significa todos los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades, de cualquier naturaleza, con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o similares, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciar y/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía y/o desestabilizar el sistema político y/o social y/o económico.

Riesgo Cubierto

Si el Asegurado se ve obligado a retornar al país de Residencia Permanente debido a Terrorismo, la Compañía reembolsará hasta el monto de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura, por los gastos de transporte en los que incurra el Asegurado para retornar a su lugar de Residencia Permanente. La indemnización se realizará siempre que el Asegurado haya intentado utilizar el boleto de regreso previamente adquirido y esto no sea posible, por lo que deberá demostrarlo con documentos que comprueben lo mencionado anteriormente, así mismo, el regreso debe darse con un boleto clase turista.

Esta cobertura únicamente tendrá validez cuando se haya originado una alerta declarada y documentada por las autoridades locales o el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada u otra institución similar en el país donde se encuentra el Asegurado.

La responsabilidad máxima de la Compañía es la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

1. Si el Contratante del Seguro o el Asegurado ha violado las leyes, normativas o recomendaciones del país donde se produce el acontecimiento.
2. Si el Asegurado no puede acreditar su legal estancia o internamiento en el país en el que se encuentra de Viaje y que se ha declarado en situación de terrorismo conforme a lo estipulado en esta cobertura.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Boleto de trasporte clase turista e itinerario del viaje.
2. Comprobantes originales de los gastos erogados por la evacuación.

Sección XXXII. Evacuación por Desastre Natural

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXXII, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Desastre Natural: Evento meteorológico o medioambiental extremo a gran escala que causa enormes pérdidas materiales y humanas.

Riesgo Cubierto

Si el Asegurado se ve obligado a retornar al país de Residencia Permanente debido a Desastres Naturales, la Compañía reembolsará hasta la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, los gastos de transporte en los que incurra el Asegurado para retornar a su lugar de Residencia Permanente. La indemnización se realizará siempre que el Asegurado haya intentado utilizar el boleto de regreso previamente adquirido y esto no sea posible, por lo que deberá demostrarlo con documentos que comprueben lo mencionado anteriormente, el regreso debe darse con un boleto clase turista.

Esta cobertura únicamente tendrá validez cuando el Desastre Natural haya originado una alerta declarada y documentada por las autoridades locales o el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada u otra institución similar en el lugar en donde se encuentra el Asegurado.

La cobertura está sujeta a la condición de que el Asegurado no haya sido negligente en actuar a tiempo si recibió una recomendación por alguna autoridad de evacuar el lugar antes de ocurrir el Desastre Natural.

La responsabilidad máxima de la Compañía es la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura es aplicable tanto para viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. Si el Contratante del Seguro o el Asegurado ha violado las leyes, normativas o recomendaciones del país donde se produce el acontecimiento.**
- 2. Si el Asegurado no puede acreditar su legal estancia o internamiento en el país en el que se encuentra de Viaje.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Boleto de avión e itinerario de vuelo.
2. Comprobantes originales de los gastos erogados por la evacuación.
3. Documento o soporte oficial por la alerta declarada y documentada emitida por las autoridades locales o federales, oficinas de relaciones exteriores, la embajada u otra institución similar.

Sección XXXIII. Indemnización por Robo de efectivo por disposición en Cajero Automático

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXXIII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Cajero Automático (ATM): Significa el equipo automatizado habilitado por una institución bancaria que permite a los usuarios de Tarjetas de Débito, Crédito y otros medios alternos de disposición de recursos, realizar diversas operaciones bancarias, principalmente disponer de efectivo en cualquier momento.

Robo: Significa el acto cometido por cualquier persona o mediante el cual se apodera ilícitamente, con el ánimo de dominio, de las pertenencias o bienes del Asegurado sin su consentimiento, haciendo uso de violencia física y/o moral.

Tarjeta de Crédito y/o Débito: Todas aquellas tarjetas emitidas por una entidad financiera o casa comercial, y que el titular de la tarjeta o adicional autorizado por el titular, puede utilizar para la adquisición de bienes o servicios con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará mediante el reembolso al Asegurado del daño patrimonial que éste sufra a consecuencia de ser víctima directa de Robo del efectivo que haya dispuesto de un Cajero Automático, siempre que dicha disposición se haya realizado mientras el Asegurado se encuentre de Viaje y el Robo de efectivo ocurra dentro de las 2 (dos) horas siguientes a la disposición del mismo, por lo que **el Robo de efectivo ocurrido con posterioridad a las referidas 2 (dos) horas, no se encuentra cubierto por este seguro.**

La Compañía responderá solamente por el daño patrimonial causado hasta el límite de la Suma Asegurada especificado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

1. La pérdida de dinero efectivo ocurrida, cuando la disposición de efectivo sea realizada por una persona distinta al titular de la tarjeta afectada.
2. La pérdida de cualquier otro instrumento de comercio negociable, incluyendo cheques y cheques de viajero; como tampoco la pérdida de cualquier otra cantidad de dinero que estuviere en posesión del Asegurado al momento de ocurrir el delito que no sea la registrada como retirada del Cajero Automático por el Asegurado.
3. La pérdida de dinero por el uso no autorizado que terceras personas hagan de la tarjeta en el futuro sí la tarjeta es robada.
4. Las pérdidas resultantes del uso de una tarjeta bancaria con la intención de defraudar al Asegurado, por parte de una persona autorizada por éste.

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Reporte de robo ante la institución bancaria y/o ante las autoridades competentes.
2. Estados de cuenta bancarios en donde se refleje la disposición en efectivo materia del robo.

Sección XXXIV. Pérdida o Robo de Documentos de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXXIV, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Documentos de Viaje: Significa los documentos de identificación personal del Asegurado, tales como pasaporte y/o visa, o bien los expedidos por las autoridades de su país de origen mediante los cuales el Asegurado acredita su identidad. Los Documentos de Viaje **no incluyen de forma alguna, boletos o reservaciones de algún tipo de transporte.**

Riesgo Cubierto

Si durante un Viaje, los Documentos de Viaje del Asegurado son extraviados, dañados o robados, la Compañía reembolsará al Asegurado los gastos incurridos por la recuperación o reexpedición de los Documentos de Viaje, hasta la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura se entenderá que los Documentos de Viaje han sido dañados cuando las afectaciones sufridas por estos ocasionen que las autoridades migratorias o de aduana competentes no acepten o consideren inválidos los Documentos de Viaje.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

La cobertura no ampara:

- 1. Los daños ocasionados a los Documentos de Viaje por la detención, confiscación o destrucción de estos por parte de oficiales de aduanas, migratorios u otras autoridades competentes.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Reporte de robo, daño o pérdida de documentos de viaje ante las autoridades competentes.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados.

Sección XXXV. Gastos Legales

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, el pago de los honorarios de abogados que realice el Asegurado como consecuencia de cualquier reclamación o juicio presentado en contra del Asegurado derivados de la responsabilidad civil incurrida por éste mientras se encuentre de Viaje o por alguna reclamación o demanda en contra de un tercero que deba efectuar el Asegurado por daños u otra compensación a consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado.

Esta cobertura se limita al reembolso de los honorarios de abogados y/o al traslado del padre o tutor del Asegurado, en caso de que este fuera menor de edad conforme a las leyes del lugar en el que haya ocurrido el evento que ampara la cobertura.

No se cubre:

- a) Los daños, perjuicios y daño moral consecuencial causados por el Asegurado a terceros y por los que deba responder conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos o en el extranjero, según sea al caso.
- b) Cualquier gasto de defensa, distinto a los honorarios de abogados.
- c) El pago de gastos, costas o intereses legales determinados por resolución judicial o arbitral en favor de los terceros afectados.
- d) Primas por fianzas judiciales o garantías similares solicitadas al Asegurado a consecuencia de la responsabilidad civil incurrida.
- e) El pago de honorarios de abogados por una causa distinta a la responsabilidad civil incurrida por el Asegurado durante un Viaje.

La responsabilidad máxima de la Compañía es la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

1. La Compañía no pagará indemnización alguna que la reclamación o demanda promovida en contra del Asegurado se origine por actos dolosos o la participación del Asegurado en la comisión al algún delito. Esto será aplicable según las leyes aplicables en donde el Asegurado se encuentre de Viaje.
2. La Compañía no será responsable del pago de gastos relacionados, debidos o incurridos como consecuencia de:
 - Asuntos legales entre el Asegurado y la agencia o el proveedor de viajes, y/o el organizador de excursiones.
 - Asuntos legales cualesquiera relacionados con contratos, negocios, empleos u oficios del Asegurado.
 - Asuntos legales cualesquiera relacionados con Derecho de Familia o de Sucesión.

- **Asuntos legales entre el Asegurado y la Compañía misma.**
 - **Asuntos legales que no surjan durante un Viaje.**
 - **Litigios relacionados con toda responsabilidad surgida del uso de vehículos automotores o de naves aéreas o marítimas.**
 - **Compensaciones de facto, multas y/o sanciones penales económicas.**
- 3. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Comprobantes y facturas de los gastos erogados limitado al reembolso de los honorarios de abogados y/o al traslado del padre o tutor del Asegurado.
2. Documentos soporte de cualquier reclamación o juicio presentado en contra del Asegurado derivados de la

responsabilidad civil.

Sección XXXVI. Gastos de Prolongación de Estancia

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Riesgo cubierto

Cuando el Asegurado haya sido dado de alta después de haber permanecido hospitalizado por más de cinco (5) días a consecuencia de un Accidente o Emergencia Médica cubierta, por recomendación del médico tratante y con autorización del equipo médico de la Compañía el Asegurado deba prolongar su estancia respecto a la fecha de terminación del Viaje programado, la Compañía cubrirá los gastos de hotel necesario para que el Asegurado permanezca convaleciente por prescripción médica hasta un máximo de 7 días posterior a la fecha de finalización del Viaje.

La responsabilidad máxima de la Compañía no rebasará los 7 días ni la suma asegurada contratada para este beneficio estipulados en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Igualmente, el monto máximo a utilizar por día para esta cobertura, estará estipulado en la caratula de la Póliza. y/o Certificado Individual.

Adicionalmente, cuando su recuperación exceda la fecha de regreso a su Residencia Permanente según el itinerario original del Asegurado, y se vea imposibilitado de utilizar el boleto original de la Aerolínea o medio de transporte público elegido, la Compañía gestionará y cubrirá el costo de un boleto de avión sencillo en clase económica o su equivalente cuando la transportación se realice en otro medio de transporte para que el Asegurado pueda regresar a su Residencia Permanente.

Esta cobertura también tendrá lugar si por motivos médicos el asegurado se ve imposibilitado a retornar a su Residencia Permanente por enfermedades y/o accidentes que si bien no requieren de hospitalización pero si de un tiempo de reposo que impide al asegurado retornar a su lugar de residencia, como por ejemplo aquellas enfermedades en las que se requiera un periodo de cuarentena. Operan con un mínimo de 5 días de reposo.

Todos los gastos que se generen dentro de esta cobertura no podrán exceder el monto especificado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Exclusiones

La cobertura no ampara:

- 1. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**
- 2. Gastos originados por cualquier enfermedad que a juicio del médico tratante y el Médico de la compañía no se justifique la prolongación de la estancia.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Informe Médico.**
- 2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.**

Cláusula 2ª. Exclusiones Generales

Para todas las coberturas mencionadas en las distintas secciones de este seguro no se amparan los eventos que se originen por participación del Asegurado en actividades como:

1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
3. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.
4. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
5. Que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
6. Enfermedades Preexistentes, salvo en lo definido para la cobertura de “Estabilización de Padecimientos Preexistentes”.
7. Aviación privada en calidad de tripulante, piloto, mecánico en vuelo o Pasajero.
8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier Transporte Público que no esté legalmente establecido y autorizado, a menos que viaje como Pasajero.
9. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el asegurado en forma activa.
10. Miembro de la tripulación de cualquier Transporte Público legalmente establecido y autorizado (servicio comercial y privado).
11. Como conductor o Pasajero de motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos y terrestres, salvo que se tenga contratado el endoso que modifica la sección VII Gastos Médicos y/o Enfermedad para incluir los gastos médicos generados por las lesiones derivadas de un accidente cubierto por el uso de motocicletas como medio de transporte.
12. La práctica tanto en capacitación, entrenamiento o competencia, ya sea en carácter profesional, Amateur o recreativo de deportes peligrosos o de alto riesgo, como: Motociclismo, automovilismo, boxeo, rugby, polo, moto de nieve, esquí en agua, arena o cualquiera de sus formas, cuatriciclos, vehículos todo terreno, skate, parapente, paracaidismo, planeadores, aviación deportiva, tauromaquia, espeleología, aladeltismo, escalamiento de montañas, motocross, trekking, rafting, hockey en cualquiera de sus formas, patinaje artístico sobre hielo o sobre pista, equitación en salto o carreras, artes marciales de cualquier tipo.
13. No se considerarán como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y el primer gasto médico se realicen después de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que les dio origen.
14. Accidentes o Enfermedades que ocurran por el ejercicio de una actividad de alto riesgo que estuviera realizando el Asegurado como: Trabajos en obras, andamios, alturas, pozos, utilización de maquinarias, instrumentos de corte, manejo o manipulación de mercancías u objetos pesados o peligrosos, productos tóxicos, corrosivos, explosivos o inflamables, actividades agrícolas y/o transportistas.

15. Esta Póliza no ampara el pago de gastos, pérdidas, indemnizaciones o reclamaciones que surjan con relación a, o como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, salvo que se tenga contratado el endoso que modifica la sección VII Gastos Médicos y/o Enfermedad.

Cláusula 3ª. Definiciones

Para los efectos del presente Contrato de Seguro, los siguientes términos tienen el significado que se les atribuye a continuación, pudiendo ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Accidente: Significa todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o incluso la muerte del Asegurado de manera inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerará como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y/o el primer gasto médico, se realicen después de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en que ocurrió el hecho que les dio origen.

El tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas derivados de un mismo Accidente, serán considerados como un solo siniestro.

Acompañante: Significa la persona física que realiza el Viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario, hospedándose en los mismos hoteles o lugares y haciendo uso del mismo Transporte Público, en los mismos vuelos, corridas u horarios que el Asegurado.

Aerolínea: Significa cualquier línea área comercial autorizada legalmente para el transporte aéreo regular de Pasajeros. **No se consideran en esta definición y por lo tanto no estarán cubiertas por este seguro, las aerolíneas y/o los vuelos privados operados como vuelos chárter.**

Alojamiento: Cualquier Hotel o lugar público autorizado destinado para el alojamiento temporal de personas para la cual el Asegurado realizó una reservación y efectuó un pago comprobable por su estancia.

Asegurado: Significa el miembro de la colectividad asegurada y que aparece designado con tal carácter en el Certificado Individual y que ha quedado protegida bajo los beneficios de este seguro. Bajo este seguro también se considerarán Asegurados los Dependientes Económicos que aparezcan expresamente señalados en el Certificado Individual, para las coberturas en las se estipula que éstos se encuentran amparados.

Beneficiario: Significan las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendo pagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en porciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los padres del Asegurado en porciones iguales. En caso de falta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre supérstite del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

Casa Habitación: Lugar físico donde el Asegurado reside de forma permanente y que representa su Residencia Permanente para los efectos de este seguro.

Certificado Individual: Significa el documento mediante el cual la Compañía hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, en términos de lo establecido en el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Colectividad Asegurada: La constituyen todas las personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, las personas que formen parte de la Colectividad Asegurada deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de Asegurados.

Coma: Estado profundo de inconsciencia, la persona está viva pero incapaz de moverse o responder a su entorno, el estado de coma debe estar certificado por un médico.

Compañía: Significa Chubb Seguros México, S.A.

Consentimiento: Documento que firma cada miembro de la colectividad asegurable en dónde se hace constar su voluntad de adherirse a la Colectividad Asegurada, respecto a la cobertura de muerte accidental y/o muerte accidental en transporte público.

Contratante: Persona con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara a la colectividad asegurada. Es el responsable de proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente de los Asegurados, de generar los reportes y mecanismos requeridos para la adecuada operación del Contrato de Seguro, así como de pagar a la Compañía la prima de seguro de toda la colectividad.

Contrato de Seguro: Significa las disposiciones particulares, las disposiciones generales, la Carátula de la Póliza, los beneficios y las cláusulas adicionales, los consentimientos, los certificados individuales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, así como de los derechos y obligaciones de cada parte.

Culpa Grave: Cuando estando en posibilidades de realizar los actos mínimos y elementales a efectos de evitar cualquier daño, se actúa con omisión o no se emplea el debido cuidado con los bienes asegurados.

Daño Moral: Afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.

Daño Patrimonial: Es el daño o perjuicio causado a una persona que se traduce en la disminución o menoscabo del patrimonio del particular en sus bienes, derechos o persona.

Deducible: Cantidad a cargo del Asegurado que estará establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, y cuyo importe deberá de superarse para que se pague una reclamación. Dicho importe cuando se encuentre descrito en la Póliza aplicará por evento o padecimiento médico.

Dependientes Económicos: Significan el cónyuge o concubino, así como los hijos del Asegurado: (i) cuyo nombre aparezca expresamente en el Certificado Individual; y (ii) que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en este Contrato de Seguro.

Desastre Natural: Evento meteorológico o medioambiental extremo a gran escala que causa enormes pérdidas materiales y humanas.

Emergencia Médica: Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que pone en peligro la vida o la integridad física del Asegurado, requiriendo recibir atención médica inmediata y sin demora alguna, a efecto de preservar la salud del Asegurado y/o evitar o contener un daño y/o preservar la vida del Asegurado.

Emergencia Odontológica: Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante, sin la cual el Asegurado no puede continuar su Viaje o regresar a su lugar de Residencia Permanente. Conforme a este seguro, **la Emergencia Odontológica únicamente cubre procedimientos paliativos a efecto de estabilizar la salud del Asegurado y/o disminuir el dolor y/o evitar que se propague una infección y/o no comprometer la salud del Asegurado, por lo que no incluye servicios y tratamientos que el Asegurado deba realizarse para restablecer su salud bucodental, así como prótesis, implantes, fundas y cualquier otra pieza similar.**

Enfermedad: Significa toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedad Congénita: Se entiende como congénita, la enfermedad con que se nace, se hereda o se contrae en el seno materno.

Emergencia: Situación derivada de una Urgencia Médica o Accidente Cubierto que se presenta en forma súbita o inesperada que requiere atención médica inmediata por representar una amenaza para la vida del Asegurado para prevenir un daño irreversible en la salud y cuya asistencia no puede ser demorada.

Enfermedad Preexistente: Significa aquellas Enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:

- A. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación del seguro o de la fecha de alta del Asegurado dentro este Contrato de Seguro.
- B. En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia del Certificado Individual o del inicio de cobertura.
- C. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia del Certificado Individual.

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 no pudieran pasar desapercibidos, será que un médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para detección y/o tratamiento de la Enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

1. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, 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 Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha 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.

2. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

Al Asegurado que se le 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.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con las Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y a 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.

El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico especialista certificado por el Consejo de la especialidad médica correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes al momento de acudir solicitarlo. Las partes deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

El laudo emitido en el arbitraje 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 Compañía. Para todo lo no previsto respecto al procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

Epidemia: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un periodo en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o

los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia.

Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

Extravío: Perder una cosa.

Familiar Directo: Significa el cónyuge o concubino, los hijos, los padres y los hermanos del Asegurado.

Fecha de Siniestro: Para los efectos de las coberturas de Accidentes, se considera como fecha de siniestro la fecha de ocurrencia del accidente, por lo que no serán indemnizables las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato o la fecha de alta del asegurado a este contrato.

Habitación Estándar: Habitación básica privada con baño propio.

Hospital: Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal autorizado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable.

Para efectos de este seguro no se considerará como Hospital las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termas y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.

Hospitalización: Significa el internamiento del Asegurado en un Hospital, por un periodo mínimo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas.

Hurto: Modalidad de apoderarse de un bien ajeno sin que exista ningún tipo de violencia o intimidación.

Idioma: Cualquier traducción de este contrato distribuido por la Compañía y que se encuentre disponible al momento de la contratación del seguro, será referencia no legal de las condiciones del seguro contratado, por lo que en todo caso siempre prevalecerá la versión en español entregada junto con la Póliza de seguro.

Invalidez Total y Permanente: Es la incapacidad que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de seis meses.

También se considerarán estados de incapacidad total y permanente sin que opere el periodo de espera de seis meses, los siguientes eventos:

Evento

La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos

La pérdida de ambas manos o ambos pies

La pérdida de una mano y un pie

La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificado y especialista en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado en la materia, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Médico: Significa la persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, conforme a las leyes del país en donde ejerza. Para efectos de este seguro, **no se considerará Médico a cualquier familiar del Asegurado, sea este consanguíneo o por afinidad, así como a cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.**

Medios Electrónicos: Los equipos, medios ópticos o de cualquier tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, de conformidad con lo previsto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Menaje de Casa: Para los efectos de esta Póliza, se refiere a los muebles, ropa, aparatos electrodomésticos y aparatos electrónicos como televisión y sonido.

Negligencia: Desatención de las propias obligaciones o descuido en el cumplimiento de las reglas y normas, sin que medie una directa voluntad de omitir o retardar la acción debida, pues se trata, más bien, de una situación de culpable inercia y falta de cuidado.

Pasajero: Es la persona que hace uso del Transporte aéreo público y que cuenta con un Boleto para ello. **Queda excluido de esta definición el personal que se encuentre de servicio en dicho transporte.**

Pandemia: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle

Periodo de Beneficio: Plazo adicional que otorga la Compañía al Asegurado una vez concluida la vigencia del Certificado Individual para el pago de los gastos erogados por el Asegurado con motivo de un siniestro ocurrido durante su vigencia.

Prima Neta: Se define como prima neta a la cantidad a cargo del Contratante antes de impuestos, derechos o recargos que sean aplicables y que estén claramente especificados en la Carátula de la Póliza. El importe correspondiente a la Prima Neta vendrá en todo caso especificado también en la Carátula de la Póliza.

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

Residencia Permanente: Significa la ubicación geográfica dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos en donde la persona se ha establecido permanentemente y en la que desarrolla sus actividades laborales, académicas, económicas, familiares y sociales.

Responsabilidad profesional: Capacidad de responsabilizar a un profesional por cualquier caso de negligencia o mala práctica al tratar con un cliente, y/o a desarrollar de forma deficiente su trabajo.

Robo: Significa el acto cometido por cualquier persona o mediante el cual se apodera ilícitamente, con el ánimo de dominio, de las pertenencias o bienes del Asegurado sin su consentimiento, haciendo uso de violencia física y/o moral.

Suma Asegurada: Significa la cantidad que representa la responsabilidad máxima de la Compañía en caso de presentarse la eventualidad prevista en este Contrato de Seguro. La Suma Asegurada aplicará por cada una de las coberturas contratadas conforme a lo establecido en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Territorialidad: Esta Póliza cubre los riesgos señalados en la misma en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos y/o en el extranjero, en ambos casos, para mexicanos o personas con residencia permanente en los Estados Unidos Mexicanos y atendiendo a las condiciones particulares de cada una de las coberturas descritas en las presentes disposiciones y lo definido en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. En el caso de viajes al extranjero, **no cubrirá aquellos que se realicen a los siguientes países: Cuba, Afganistán, República Democrática del Congo, Irak, Irán, Liberia, Sudán, Siria, Corea del Norte, Yemen, República de Zimbabue y República Centroafricana, así como los países sancionados por la OFAC. Los viajes realizados a, en o a través de estos países estarán excluidos de la presente Póliza y por lo tanto no se cubrirá ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio señalado en la Póliza. La contratación de la presente Póliza cuyo destino o tránsito por los países señalados con anterioridad esté considerada por el Asegurado, dejará sin efectos la Póliza y causará la devolución de las primas pagadas por el mismo.**

Trabajo Habitual: Empleo permanente de tiempo completo o de media jornada, así como el trabajo independiente, al que Asegurado se dedica antes de la fecha de inicio del Viaje y al que pretende volver al finalizar el Viaje.

Transporte Público: Significa el transporte colectivo de Pasajeros, sujeto a horarios y rutas preestablecidas, así como a la expedición de un boleto y que requiere de concesión o autorización por parte del gobierno del país y/o de la ciudad y/o de la entidad en donde opera. Para efectos de este seguro únicamente se considerarán como Transportes Públicos (i) los autobuses destinados a transportar a las personas de una ciudad a otra, por lo que los autobuses con rutas dentro de una misma ciudad o zona conurbada, se encuentran excluidos; (ii) Aerolíneas; (iii) compañías marítimas de transporte de Pasajeros a mar abierto (cruceros); y (iv) ferrocarriles o trenes destinados a transportar a las personas de una ciudad a otra, por lo que los ferrocarriles o trenes con rutas dentro de una misma ciudad o zona conurbada, se encuentran excluidos. Cualquier tipo de Transporte Público no expresamente nombrado en esta definición, no se encuentra cubierto por este seguro, incluyendo sin limitar los transportes privados, vehículos rentados y/o los transportes a los que se accede a través de aplicaciones de conexión de entre Pasajeros y conductores.

Unidad de Terapia Intensiva: Significa el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

Viaje: Significa el trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que éste sale de su lugar de Residencia Permanente o del lugar de origen de su Viaje, hacia su destino de Viaje, los lugares por donde transite o en los que haga conexiones para llegar a su(s) destino(s) de Viaje, la permanencia en dicho(s) destino(s) y el regreso a su Residencia Permanente o del lugar de origen de su Viaje, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su(s) destino(s) y en lugares intermedios. Asimismo, y para que se considere que el Asegurado se encuentra de Viaje, su lugar de destino debe encontrarse a por lo menos 150 (ciento cincuenta) kilómetros de distancia de su lugar de Residencia Permanente o del lugar de origen de su viaje. La cobertura del Viaje bajo este seguro estará limitada a una temporalidad, misma que se especificará en días en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual; lo anterior, sin perjuicio de la vigencia de la Póliza para seguros con una duración de un año.

Viaje de Negocios: Se refiere al Viaje que realice el Asegurado pero considerando como punto de referencia el domicilio físico donde realiza su actividad laboral preponderante.

Vigencia de la Cobertura: La vigencia de la cobertura estará indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, emitidos por la Compañía y deberá de coincidir con el inicio y terminación del viaje del Asegurado. Para el caso de las coberturas relacionadas con Gastos Médicos, el periodo de beneficio iniciará a partir del comienzo del Viaje y hasta lo que ocurra primero:

- a) La terminación de vigencia del seguro indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, o
- b) Cuando se agote la suma asegurada contratada para estas coberturas, o
- c) Cuando el Asegurado, dentro de la vigencia del seguro recupere la salud o vigor vital respecto al Accidente o Enfermedad que lo haya afectado, o
- d) Cuando el Asegurado regrese a su lugar de Residencia Habitual.

Cláusula 4ª. Edad

Se considera como edad, la edad alcanzada del Asegurado, consistente en el número de años cumplidos en la fecha de contratación del seguro y las subsecuentes contrataciones.

Las edades de aceptación para el presente seguro serán de mínimo un (1) mes de edad y máximo de noventa (90) años de edad, con excepción de las coberturas de muerte accidental en donde la edad mínima de aceptación es de doce (12) años de edad. La edad máxima de renovación será la que se especifique en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

La edad del Asegurado asentada en esta Póliza podrá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía quien lo anotará en la Póliza o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier Beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- i. 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 Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

- ii. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiarios lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- iii. 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 Compañía 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.
- iv. Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía 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 la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Cláusula 5ª. Procedimiento en caso de Siniestro

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía tan pronto como se tenga conocimiento del mismo y a más tardar dentro de los cinco (5) 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.

Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas, los gastos incurridos.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Documentos para la Comprobación del Siniestro

Para la comprobación del siniestro, es necesario que se presenten a la Compañía, además de los documentos que se enlistan en cada cobertura, lo siguiente:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el Asegurado / Beneficiario, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, si se tuviese, y/o de los beneficiarios (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla del Servicio Militar).
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses de los beneficiarios.
- Formato Conoce a tu Cliente debidamente requisitado por el Asegurado / los beneficiarios, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado por el Asegurado / los beneficiarios, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta bancario del Asegurado / los beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 meses en donde se vea reflejada la institución bancaria, nombre del titular de la cuenta y CLABE.

- Comprobante de Itinerario del Viaje para el que se contrató la Póliza, incluyendo los comprobantes de pago de los servicios contratados, así como el documento con el que se acredite que el Asegurado inició el Viaje.

No obstante lo anterior y sólo en los casos en que se requiera de información y/o documentación adicional para comprobar las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, la Compañía podrá solicitarla al Asegurado y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a la Compañía.

Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro y afectada por el siniestro, en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Deducciones

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

Cláusula 6ª. Cancelación

El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este seguro, mediante aviso por escrito a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las reclamaciones originadas y determinadas como procedentes mientras el seguro y/o Certificado Individual estuvieron en vigor al ocurrir el siniestro.

El seguro y/o Certificado Individual quedará cancelado en la fecha en que la solicitud escrita del Contratante sea recibida por la Compañía o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Este seguro se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Para cada Asegurado, en la renovación inmediata posterior a la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación.
- b) Para cada Asegurado, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, por cualquier circunstancia.
- c) Para cada Asegurado, si cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- d) Para cada Asegurado, si este deja de reunir las características para pertenecer a la Colectividad Asegurada, según sea determinado por el Contratante.
- e) Por falta de pago de las primas, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Primera de las Disposiciones Generales.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada del seguro, la Compañía devolverá la prima neta pagada no devengada, descontando el costo de los derechos de Póliza, estipulados en la Carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición. La Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo con lo solicitado por el Contratante.

En caso de que la Compañía requiera dar por terminado anticipadamente este contrato, deberá notificar por escrito al Asegurado, enviando un aviso por correo certificado con cuando menos siete días naturales de anticipación a la fecha en que se desee su terminación, debiendo además devolver la parte de la prima no devengada correspondiente según corresponda a la tabla anterior. Esta terminación anticipada por parte de la Compañía no aplicará para las coberturas Muerte Accidental, Gastos Funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores

de 12 años, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Muerte Accidental en Transporte Público, Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente, Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente en Transporte Público, Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad, Gastos por Emergencia Odontológica, Gastos Funerarios o Traslado de Restos Mortales, Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados, Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios, Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Emergencia Médica en el Extranjero, Indemnización en caso de Coma a consecuencia de un Accidente y Ayuda para la Estabilización de Padecimientos Preexistentes, siempre que el Asegurado las tenga contratadas en su Póliza.

Cláusula 7ª. Límite Territorial y Residencia

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas para cubrir el siniestro que ocurra dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y/o el extranjero, según se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. La Residencia Permanente del Asegurado deberá ser en los Estados Unidos Mexicanos.

Cláusula 8ª. Servicios de Asistencia

Los servicios de asistencia previstos en esta sección no se consideran operaciones activas de seguro para efectos de la legislación aplicable. Los servicios de asistencia sólo serán aplicables si aparecen como contratados en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

De aparecer como amparados en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, la Compañía los otorgará a través del prestador de servicios de asistencia con quien tiene celebrado un contrato y cuyos datos de identificación y contacto aparecen en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Las asistencias serán otorgadas dentro del territorio en dónde se encuentre el Asegurado con motivo del Viaje. El prestador de servicios de asistencia coordinará y/o prestará los servicios de asistencia. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el prestador de servicios de asistencia, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del prestador de servicios de asistencia en virtud del presente Contrato de Seguro. El Asegurado estará protegido por la Ley Federal de Protección al Consumidor por cualquier reclamación que quisiera instaurar en contra del prestador de servicios de asistencia.

De aparecer como amparados en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, el Asegurado será referido por la Compañía con el prestador de servicios de asistencia que ésta designe con la finalidad de brindar los servicios contratados.

Para hacer uso de los servicios de asistencia que a continuación se describen, el Asegurado deberá ponerse en contacto con el prestador de servicios de asistencia, de manera previa a realizar cualquier trámite o gasto. En caso de que el Asegurado decida realizar algún trámite o gasto sin haberse puesto en contacto previamente con el prestador de servicios de asistencia, los gastos efectuados **NO serán reembolsables**.

Asistencia para Pérdida o Robo de Pasaporte o Visa

En caso de pérdida o robo de pasaporte o visa y cuando los mismos no fueran localizados antes de salir del país en donde se produjo el extravío o robo, el prestador de servicios brindará apoyo y asesoría al Asegurado para la tramitación del pasaporte o de la visa, dentro del territorio en donde el Asegurado se encuentre.

Envío de Medicamentos Prescritos

En caso de que el Asegurado realice el Viaje con medicamentos prescritos previo al inicio del Viaje y si dichos medicamentos se le agotan, se le extravían o de alguna forma le resulta imposible surtir los medicamentos prescritos o equivalentes en el país en donde se encuentre, el prestador de servicios de asistencia asesorará al Asegurado para la búsqueda y el envío de los medicamentos. El costo de los medicamentos localizados y entregados por el prestador de servicios de asistencia correrá por parte del Asegurado.

Servicios de Concierge

El prestador de servicios de asistencia otorgará los siguientes servicios de concierge, los cuales podrán ser de tipo informativo o, en su caso, si el Asegurado decide contratarlos tendrán un costo a su cargo:

1. Recomendaciones y reservaciones de vuelos, hoteles, excursiones, paseos y tours.
2. Reservas y arreglos para alquilar vehículos, incluyendo automóviles de lujo, helicópteros y yates.
3. Recomendaciones y reservas para asistir a teatros, ópera, ballet, conciertos, museos, eventos culturales y deportivos.
4. Recomendaciones y reservas para restaurantes.
5. Información y reserva para disfrutar de la vida nocturna.
6. Excursiones y visitas a lugares de interés.
7. Recomendaciones, horarios y reservas de canchas de tenis, campos de golf, gimnasios y clubes deportivos.
8. Información sobre deportes especiales.
9. Información sobre reglas de etiqueta y protocolo del país donde viaje.
10. Información sobre servicios de niñeras y guarderías de menores.
11. Sugerencias y gestión para el envío de regalos por ocasiones especiales y celebraciones.
12. Información sobre lugares para realizar compras.
13. Sistema de marcación telefónica y celular.

El prestador de servicios de asistencia asesorará al Asegurado en los procedimientos a seguir cuando se presente las siguientes situaciones:

- a) Pérdida o robo de Equipaje.
- b) Documentos de Viaje.
- c) Pérdida de vuelo o conexión.

Búsqueda y Localización de Equipaje

El prestador de servicios de asistencia asistirá al Asegurado en el Viaje con todos los medios a su alcance para intentar localizar Equipajes extraviados que hubieren sido embalados en la bodega del mismo vuelo en el que viajaba el Asegurado. El prestador de servicios de asistencia no asume responsabilidad alguna por equipajes extraviados y no localizados.

Servicio Telefónico de Traductor por Emergencia y/o Envío de Traductor

En caso de que el Asegurado lo requiera, el prestador de servicios de asistencia brindará vía telefónica el servicio de traducción en caso de que el Asegurado deba realizar algún trámite legal o sea hospitalizado en el país en donde se encuentre de Viaje. Asimismo, a petición del Asegurado se realizará la búsqueda de traductores en la localidad donde se encuentre el Asegurado. El servicio telefónico de traductor se brinda sin límite de eventos y sin costo. El servicio presencial de traductor se brinda sin límite de eventos con costo total a cargo del Asegurado.

Envío de Médico al Lugar de Hospedaje (2 Eventos por Viaje)

Si el Asegurado sufriese un Accidente, Enfermedad, padecimiento o síntoma que genere cualquier malestar físico, el prestador de servicios de asistencia apoyará al Asegurado con todos los medios a su alcance para intentar localizar a un médico que acuda al domicilio, hotel o lugar de hospedaje donde se encuentre el Asegurado, siempre que el malestar físico referido por el Asegurado no requiera atención médica en un Hospital o Centro de Salud. Este servicio está sujeto a disponibilidad y a las leyes locales, limitado a 2 (dos) eventos por viaje.

Hotel con Motivo de la Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión

A solicitud del Asegurado, el prestador de servicios de asistencia apoyará al Asegurado con todos los medios a su alcance para intentar localizar un hotel con motivo de la pérdida de salida o pérdida de conexión, en establecimientos a un diámetro máximo de 5 km de distancia del lugar donde el Asegurado abordará el Transporte Público. El Asegurado deberá solicitar el servicio al prestador de servicios de asistencia con al menos 12 (doce) horas de anticipación. Aplica

para viajes internacionales. Esta asistencia se limita solo a un evento por vigencia del Certificado Individual. El pago de los costos del hotel, así como cualquier otro gasto incurrido, correrán exclusivamente a cargo del Asegurado.

Asistencia para Fianzas Judiciales

Si, en caso de que por el incumplimiento no intencionado de las leyes del país en el que se encuentre, el Asegurado durante un Viaje, fuese obligado por las autoridades a constituir una fianza, el Prestador de Servicios de Asistencia anticipará el pago hasta la cantidad indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

El Prestador de Servicios de Asistencia concederá al Asegurado un plazo de tres meses desde la fecha del anticipo para reembolsar dicha cantidad.

Si dicha fianza le fuera reembolsada al Asegurado por las autoridades del país antes de finalizar el citado plazo, deberá ser devuelta inmediatamente al Prestador de Servicios de Asistencia.

Si el Asegurado no compareciera ante el requerimiento de un tribunal, el Prestador de Servicios de Asistencia exigirá inmediatamente el reembolso del importe de la fianza que no pudiera ser recuperada por el Asegurado como consecuencia de dicha incomparecencia.

Esta asistencia únicamente será de aplicación fuera del país de Residencia Permanente del Asegurado.

Esta asistencia únicamente se limita a pagar el monto de la prima de la fianza y no así en la obtención de la misma ni en el otorgamiento de garantías de recuperación.

Exclusiones para los Servicios de Asistencia

- 1. Cualquier evento que sea excluido de manera general o específica para las coberturas de seguro contratadas por el Asegurado.**
- 2. Los eventos donde el Asegurado proporcione información incompleta o inexacta con la finalidad de hacer incurrir en un error a la Compañía.**
- 3. Hechos dolosos provocados por familiares directos del Asegurado.**

Sección Segunda

Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

La prima de este seguro será el monto establecido por cada cobertura en la Carátula de Póliza. La prima vence en el momento de la celebración del Contrato de Seguro o a la incorporación de cada uno de los Asegurados a la Colectividad Asegurada, tratándose de altas posteriores a la contratación. En el caso de pagos fraccionados, las primas subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado. Una vez vencida la prima o la fracción correspondiente, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días para liquidarla.

En caso de realización del siniestro durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago.

La periodicidad de pago de la prima es la que se establece en la Carátula de la Póliza.

La prima podrá pagarse por transferencia electrónica de fondos.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados en el primer párrafo de esta cláusula y, por lo tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido posterior a que hayan cesado los efectos del seguro.

Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 12:00 horas de la fecha especificada en la Carátula de la Póliza y terminará su vigencia a las 12:00 horas de la fecha indicada en la mencionada Carátula de Póliza.

Durante la vigencia del Contrato de Seguro tendrán lugar altas y bajas de Asegurados, a través de Certificados Individuales. La vigencia en relación con cada Certificado Individual iniciará a partir de las 12:00 horas de la fecha de alta especificada en el Certificado Individual y terminará su vigencia a las 12:00 horas de la fecha establecida en el mencionado Certificado Individual.

Cláusula 3ª. Renovación

Para la contratación del seguro por un periodo anual, la renovación será automática y por periodos de igual duración. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

A la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y Sumas Aseguradas, en función del aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, manteniendo el resto de los términos y condiciones según el plan originalmente contratado. Adicionalmente la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de ajuste de primas y Sumas Aseguradas en términos del párrafo anterior, la Compañía se obliga a dar aviso por escrito al Contratante dentro de los 30 (treinta) días naturales anteriores a la renovación, del monto de dichas primas y Sumas Aseguradas.

Cláusula 4ª. Designación de Beneficiarios

Para las coberturas de "Muerte Accidental", "Muerte Accidental en Transporte Público", "Cancelación de Viaje" (solo en el caso de que el Asegurado fallezca) e "Interrupción de Viaje (solo en el caso de que el Asegurado muera accidentalmente), el Asegurado en este acto designa como Beneficiarios a las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendo pagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en proporciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará los padres del Asegurado en proporciones iguales. En caso de falta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre supérstite del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado se deberá comunicar al **800 006 3342** y enviar el formato de Designación de Beneficiarios, que forma parte de la documentación contractual, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la proporción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el parentesco con el que son designados.

Advertencia

En caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en representación del (los) menor(es) de edad, cobre la indemnización correspondiente. Lo anterior, ya que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de Beneficiarios menores de edad, legalmente implica que se nombra Beneficiario a la persona mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral para con el menor de edad, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro, le concede el derecho incondicionado de disponer de la indemnización respectiva.

Cláusula 5ª. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía (UNE) 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Datos de contacto

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7,
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México,
Teléfono: 800 006 3342
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

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: 800 999 8080.

Cláusula 6ª. Comunicaciones y Notificaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio social indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual o, bien, el Asegurado podrá comunicarse al número **800 006 3342**, en un horario de Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía o el número telefónico de contacto, llegaran a ser diferentes de los que consten en la Póliza y/o Certificado Individual expedidos, ésta deberá comunicar al Contratante y/o Asegurados la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado, Beneficiario(s) o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía.

Cláusula 7ª. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o por parte de la Compañía, 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 8ª. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por el artículo 82, en correlación con lo previsto por el artículo 81, ambos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado 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 Compañía.

Cláusula 9ª. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporte plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Clausula 10ª. Aviso de Siniestro

El Asegurado y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la Institución, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo con lo establecido en el Art. 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 11ª. Comprobación

En caso de reclamación por siniestro, el asegurado o beneficiario(s) deberá(n) presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, en las que deberá(n) consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá(n) con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, se exhibirá las pruebas que obren en su poder o y las que le solicite la Compañía relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener.

La Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado o beneficiario(s) las pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. Asimismo, la Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este contrato, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La Compañía, con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, en caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente de acuerdo a la definición:

Cada parte designará a un médico que cuente con cédula para el ejercicio de su profesión, designación que deberá realizarse dentro de un periodo de ocho días siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo.

Los dos médicos deberán designar a un tercero para el caso de controversia, mismo que deberá ostentar un cargo técnico o directivo de un Instituto Nacional de la especialidad médica de que se trate la Invalidez Total y Permanente o bien tener acreditación vigente por el consejo de la especialidad respectiva, designación que deberán efectuar dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados, considerándose su dictamen como inapelable por ambas partes.

Los honorarios y gastos de los médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer médico quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de lo establecido en la cláusula de COMPETENCIA de este apartado.

Cláusula 12ª. Modificaciones

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia,

cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Toda modificación efectuada al producto de seguro, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 13ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de Medios Electrónicos; para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Compañía.

La utilización de los Medios Electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso.

Los términos y condiciones del uso de Medios Electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Compañía: **chubb.com/mx**

Cláusula 14ª. Agravación Esencial del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

Cláusula 15ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

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

Cláusula 16ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía está obligada, en los contratos de adhesión que celebren bajo la comercialización a través de Medios Electrónicos, o de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y 103, fracciones I y II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de primase realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, 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) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:
- Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Asegurado.
 - De manera personal al momento de contratar el seguro.

En caso de que el Asegurado no cuente con correo electrónico o que por cualquier motivo no se pueda hacer la entrega de la documentación contractual por esta vía, el medio alternativo para su entrega será el envío a domicilio, por los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

La forma en que se hará constar la entrega de la Póliza al Asegurado será a través del siguiente procedimiento:

- Cuando la entrega de la Póliza se realice vía correo electrónico, en el mismo correo electrónico se incluirá un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Asegurado recibió la Póliza.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Asegurado firmará un documento de acuse de recibo.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice a través de envío a domicilio, la encargada de distribuir y hacer entrega de las Pólizas a cada Asegurado será la empresa que la Compañía tiene contratada especialmente para dicho fin, quien de manera mensual le hará llegar a la Compañía un listado con la información referente a las Pólizas que efectivamente fueron entregadas durante el mes inmediato anterior.

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y podrá ser consultada, adicionalmente, a través de la siguiente página de Internet: **chubb.com/mx**

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. 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.
- c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
- i. Llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República.
 - ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente.
 - iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada.
 - iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Cláusula 17ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (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 18ª. Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, así como entregar a la Compañía los Consentimientos respectivos respecto de las coberturas de muerte.
- Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados.
- Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y
- Remitir a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación a las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.

Adicionalmente a las obligaciones antes referidas, el Contratante tiene la obligación de entregar a cada Asegurado el Certificado Individual y la documentación contractual respectiva.

La periodicidad, medios y procedimiento mediante el cual el Contratante dará cumplimiento a las obligaciones antes descritas, así como las características de dicha información, serán los que las partes especifiquen por escrito, en un documento independiente.

Cláusula 19ª. Registro de Asegurados

La Compañía, con la información proporcionada por el Contratante formará un registro de los Asegurados que contendrá como mínimo, los siguientes datos:

1. Nombre, fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la colectividad.
2. Suma Asegurada o regla para determinarla.
3. Fecha de entrada en vigor del seguro respecto de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo; Operación y plan de seguros de que se trate.
4. Número de Certificado Individual; y
5. Coberturas amparadas.

Cláusula 20ª. Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a las Pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

Cláusula 21ª. Administración y Acceso a la Información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y hacer eficiente el proceso de administración y gestión del seguro, la administración del mismo será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, demás legislación y normatividad aplicable y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

Cláusula 22ª Ingresos o Altas

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

El Contratante debe notificar por escrito a la Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.

Cláusula 23ª. Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, restituirá la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

Dicha devolución se realizará dentro de los 30 (treinta) días siguientes al aviso a través del medio que sea solicitado.

Cláusula 24ª. Cesión

Este Contrato de Seguro no podrá ser cedido o transmitido por el Contratante sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía. Ningún Asegurado podrá ceder su Certificado Individual.

Liga a Cita de Perceptos Legales

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet

<https://www.chubb.com/mx-es/about-us/referencias-legales-y-abreviaturas-no-comunes.aspx>, sección "Referencias legales".

Invitación para consultar RECAS

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 31 de agosto de 2021, con el número PPAQ-S0039-0037-2021 / CONDUSEF-004963-02.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

De conformidad con lo establecido en la Disposición 4.1.23 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la documentación contractual de los productos de seguros por parte de las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberá entregarse por escrito a los solicitantes, contratantes o Asegurados.

Ahora bien, por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Chubb Seguros México, S.A. pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a cualquier producto de seguro contratado por mí, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Solicitante

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 31 de agosto de 2021, con el número PPAQ-S0039-0037-2021 / CONDUSEF-004963-02.

Formato de Designación de Beneficiarios

A través de este documento designo como Beneficiarios del seguro de _____, a las siguientes personas:

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento o RFC	Parentesco	Porcentaje

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Firma del Asegurado

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 31 de agosto de 2021, con el número PPAQ-S0039-0037-2021 / CONDUSEF-004963-02.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de 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 su 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 alta 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**

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 31 de agosto de 2021, con el número PPAQ-S0039-0037-2021 / CONDUSEF-004963-02.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Daños

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.

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 su 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 alta 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**

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. 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 31 de agosto de 2021, con el número PPAQ-S0039-0037-2021 / CONDUSEF-004963-02.

Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250
Torre Niza, Piso 7
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001