



HOSPITAL CASH NUEVO 2.0

Operado por: **CHUBB**



Insurance
Services



HOSPITAL CASH NUEVO 2.0

CONTENIDO

CONTENIDO.....	4
1. CONTRATO.....	4
2. DEFINICIONES.....	4
3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.....	9
4. EXCLUSIONES.....	9
5. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.....	11
6. CLÁUSULAS GENERALES.....	11
A. Suma asegurada.....	11
B. Límite territorial.....	11
C. Residencia.....	11
D. Beneficiarios.....	11
E. Siniestros.....	12
F. Fraude, dolo, mala fe o culpa grave.....	13
G. Competencia.....	13
H. Comunicaciones.....	14
I. Prima.....	14
J. Rehabilitación.....	14
K. Periodo de gracia.....	15
L. Edad.....	15
M. Moneda.....	16
N. Prescripción.....	16
O. Renovación automática.....	16
P. Indemnización por mora.....	17
Q. Lugar y plazo de pago de la indemnización.....	19
R. Modificaciones.....	19
S. Contratación del uso de medios electrónicos.....	19
T. Agravación del Riesgo.....	19
U. Comisiones o compensaciones a intermediarios o personas morales.....	21
V. Entrega de documentación contractual (disposición 4.11.2 de la Circular única de seguros y fianzas).....	21
W. Artículo 25 de la Ley Sobre el contrato de seguro.....	22
X. Liga a cita preceptos legales.....	22
Y. Aviso de Privacidad Corto.....	22
CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	23
FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.....	24
FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE VIDA.....	25
CLÁUSULA GENERAL DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	26



CONDICIONES GENERALES SEGURO HOSPITAL CASH NUEVO 2.0

1. CONTRATO

Estas condiciones generales, la Póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

El objeto del presente Contrato es cubrir la Hospitalización y Gastos Funerarios para el Asegurado en territorio nacional y en el extranjero y durante la vigencia de esta cobertura.

2. DEFINICIONES

Para los efectos del presente Contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Abuso en el Consumo de Drogas: El consumo de cualquier droga u otra preparación de adicción, a menos que se haga de conformidad con una receta preparada y emitida por un médico autorizado.

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que requiera la hospitalización del Asegurado dentro de los primeros noventa (90) días siguientes de la fecha en que ocurrió el acontecimiento, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza.

No incluye enfermedad o cualquier condición o proceso degenerativo o natural.

No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Accidente en Transporte Público: Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con boleto pagado en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros. Se entiende por transporte público a todo vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el

transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

Asegurado: Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización, en su caso proceda, en términos de este Contrato. Bajo esta Póliza quedarán amparados tanto el Asegurado Titular como los Dependientes Económicos del mismo y que se hayan asentado expresamente en la Carátula de la Póliza.

Beneficiario: Para la cobertura de Gastos Funerarios, es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro.

Cirugía Programada: Operación quirúrgica realizada con el objetivo de curar las enfermedades, con fecha y hora programada para llevar a cabo la misma.

Compañía: Chubb Seguros México, S.A.

Causa Relacionada: Cualquier situación médica considerada médicamente como una causa subyacente de, o directamente atribuible a la enfermedad para la que se busca el tratamiento.

Check Up: El Check Up es un examen clínico preventivo que permite la detección oportuna de aspectos vulnerables en el organismo para establecer las medidas a seguir y evitar posibles enfermedades o complicaciones.

Condición Médica: Cualquier enfermedad o lesión que este Contrato no excluya.

Condición o Padecimiento Preexistente: Se entenderá por condición y/o padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza.

- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

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

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

1. 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:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. 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 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.

3. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.
4. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir ante un perito médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el asegurado y la Aseguradora a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho



arbitraje, el cual vincula al Beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

Contratante: Es aquella persona moral o física (mayor de dieciocho (18) años) que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

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

Daño Corporal: Se refiere a una lesión sufrida accidentalmente por un Asegurado.

Deducible: Significa el porcentaje o monto fijo con el que el Asegurado participa del riesgo, el cual será cobrado por la Compañía, pudiéndolo descontar de la indemnización que le corresponda al Asegurado por el beneficio.

Dependencia al Consumo de Drogas: Un estado mental o físico que haya sido originado por, o esté en vías de relacionarse con el consumo de una o más drogas o cualquier preparación adictiva y que se manifieste en síntomas que incluyen un estado compulsivo por consumir esas drogas o preparación adictiva o en una base continua o periódica.

Dependientes Económicos: Se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular, el (la) esposo(a) o concubino(a) del Asegurado Titular y cualquiera de sus hijos que estén dentro de los límites establecidos en la cláusula de Edad de estas condiciones generales, y que aparezcan expresamente mencionados en la Carátula de la Póliza.

Derechos de Póliza o Gastos de Expedición: Son un cargo fijo o porcentaje que el Contratante debe pagar a la Compañía una única vez, el cual se podrá liquidar en una sola exhibición o de manera fraccionada según corresponda al pago de la prima; este concepto se pagará al emitir una Póliza nueva y/o al momento de su renovación. Este pago sirve para cubrir los gastos administrativos en que la Compañía incurre para poder emitir la Póliza.

Día de Hospitalización: Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

Endoso: Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste y el cual se encuentra previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Enfermedad: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, diagnosticada por un Médico con cédula profesional, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

Fecha de Inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

Fecha de Renovación: La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para este contrato en la fecha de renovación respectiva.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados, las veinticuatro (24) horas del día y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado. **No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas consideradas adultos mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.**

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o sanatorio, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria de algún accidente, enfermedad, lesión corporal o cirugía programada.

Hospitalizaciones Recurrentes: Internación en el Hospital derivada de las mismas causas que dieron origen a una Hospitalización previa, o bien, por causas que estén relacionadas con la misma, en las cuáles el beneficio ya fue pagado por la Compañía. Para estos efectos, la nueva Hospitalización se considerará como una continuación de la Hospitalización original.

Dicha Hospitalización se considerará que ha ocurrido durante el mismo periodo de enfermedad o es el resultado de la misma lesión a los efectos de determinar el periodo máximo de beneficios y el beneficio máximo pagable bajo esta Póliza.

Hospitalizaciones separadas por un periodo de doce (12) meses o más, serán consideradas como una internación hospitalaria independiente para efecto de determinar el periodo máximo de beneficio pagable y el beneficio máximo pagable.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. **No puede ser pariente**

consanguíneo ni cónyuge del Contratante y/o Asegurado.

Padecimiento Congénito: Se entiende como congénito el padecimiento o enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

Pasajero: Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

Perito Médico: Médico especialista certificado por el Consejo correspondiente o por alguna autoridad o cualquier persona física, moral o institución que la Compañía considere competente para realizar esta actividad.

Póliza: Es el testimonio del contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, el cual se integra por la Carátula de la Póliza, sus endosos, condiciones generales, la solicitud del seguro y cualquier otro cuestionario firmado por el Contratante y/o Asegurado relacionado con la apreciación del estado de salud del Asegurado.

Prima Neta: Cantidad a cargo del Contratante antes de impuestos, derechos de Póliza o gastos de expedición 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.

Reclamación: Significa el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de que ocurra el evento cubierto, siempre y cuando sea procedente.

Síndrome de Dependencia al Alcohol: El estado mental o físico que haya sido originado por, o esté en cualquier vía relacionado a la ingestión de bebidas alcohólicas y que se manifieste en síntomas que produzcan un estado compulsivo por ingerir alcohol en una forma continua o periódica.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza. El límite máximo



de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado para cada cobertura, se determinará de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada.

Transporte Público: Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

UMA: Unidad de Medida y Actualización diaria, referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

En caso de que durante la vigencia de esta Póliza ocurra alguno de los eventos amparados por la misma, la Compañía pagará la indemnización que corresponda de acuerdo al beneficio contratado y sin exceder el límite de suma asegurada que se especifique para cada cobertura en la Carátula de la Póliza, de conformidad con lo siguiente:

Este producto estará integrado por un paquete que incluye las siguientes coberturas:

1. COBERTURAS POR RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

1.1 Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad, con un límite de seis (6) días. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) día de Hospitalización del Asegurado. El pago se realizará directamente al Asegurado.

1.2 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, con un límite de seis (6) días. Esta cobertura aplicará siempre y cuando

transcurra por lo menos un (1) día de Hospitalización del Asegurado. El pago se realizará directamente al Asegurado.

1.3 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente en Transporte Público

La Compañía será responsable del pago de una renta diaria por cada día de Hospitalización del Asegurado, con un límite de seis (6) días, como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encontrare viajando en un Transporte Público como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) día de Hospitalización del Asegurado. El pago se realizará directamente al Asegurado.

2. COBERTURAS POR SUMA ASEGURADA POR HOSPITALIZACIÓN

2.1 Suma Asegurada por Hospitalización por Enfermedad

Si el Asegurado permaneciera hospitalizado más de seis (6) días ininterrumpidos como consecuencia de una Enfermedad, la Compañía le pagará, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

2.2 Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente

Si el Asegurado permaneciera hospitalizado más de seis (6) días ininterrumpidos como consecuencia de un Accidente, la Compañía le pagará, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

2.3 Suma Asegurada por Hospitalización por Accidente en Transporte Público

Si el Asegurado permaneciera hospitalizado más de seis (6) días ininterrumpidos como consecuencia de un Accidente ocurrido mientras el Asegurado se encontrare viajando en un Transporte Público como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo, la Compañía le pagará, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3. COBERTURA POR GASTOS FUNERARIOS

Si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado fallece mientras esté hospitalizado como consecuencia de la Enfermedad, Accidente o Accidente en Transporte Público cubiertos por esta Póliza, la Compañía pagará, a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para cubrir sus Gastos Funerarios, siempre y cuando la Compañía reciba las pruebas de fallecimiento del Asegurado y haya transcurrido por lo menos un (1) día de Hospitalización del Asegurado.

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura para los Asegurados menores de doce (12) años estará topada a un máximo de sesenta (60) veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.

4. BENEFICIO ADICIONAL DE CHECK UP ANUAL A PARTIR DE LA PRIMERA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía otorgará, a cada Asegurado, el Beneficio Adicional de un Check Up anual a partir de la primera renovación de la Póliza, el cual podrá hacer válido dentro de los primeros dos (2) meses siguientes al aniversario de la misma, siempre y cuando haya pagado ininterrumpidamente las primas correspondientes. Este beneficio de Check Up se otorgará siempre y cuando la Póliza esté vigente en el momento de su realización.

Para efectos de este beneficio, la Compañía indemnizará al Asegurado los gastos que desembolse a consecuencia de la realización del Check Up, hasta el límite de la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza, descontando el deducible correspondiente que estará a cargo del Asegurado y que se encuentra establecido en la Carátula de la Póliza.

Este beneficio de Check Up considera única y exclusivamente los siguientes estudios y exámenes:

Exámenes de Laboratorio

Examen General de Orina, Química Sanguínea, Biometría Hemática, Electrolitos Séricos, Coproparasitológico, Papanicolaou, Antígeno Prostático, Perfil de Lípidos, Perfil Hepático, Colposcopia.

Estudios de Imagenología

Telerradiografía de tórax, Ultrasonido abdominal y pélvico, Mastografía, Densitometría Ósea.

Otros Estudios de Gabinete

Prueba de Esfuerzo, Electrocardiograma, Audiometría, pruebas de agudeza visual.

La Compañía será responsable del pago de la indemnización correspondiente a las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización y de Suma Asegurada por Hospitalización, hasta el límite de suma asegurada establecido en la Carátula de la Póliza, aún y cuando se presenten hospitalizaciones posteriores.

4. EXCLUSIONES

COBERTURA POR GASTOS FUNERARIOS

1. Fallecimiento como consecuencia de intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
2. Fallecimiento como consecuencia de una condición o enfermedad preexistente.

COBERTURAS POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía no será responsable del pago de indemnización alguna cuando la Hospitalización sea a consecuencia de lo siguiente:

- a) **SIDA y VIH: Cualquier hospitalización que resulte o se relacione, directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/ o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**
 - i. **Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**



- ii. **Cualquier enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con las infecciones citadas en el punto anterior.**
- b) **Aviación:** Lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- c) **Alcohol y Drogas:** Cualquier hospitalización originada por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos, o estupefacientes. Tampoco se cubrirá Hospitalización alguna que provenga de algún síndrome de Dependencia Alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de Dependencia Alcohólica.
- d) **Maternidad y sus complicaciones,** a menos de que sea a consecuencia de un accidente.
- e) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones,** a menos que sean necesarias a consecuencia de un Accidente.
- f) **Tratamientos ambulatorios.**
- g) **Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante su hospitalización.**
- h) **Tratamiento Dental:** Cualquier trabajo o tratamiento dental (incluyendo cirugía dental) y extracción de dientes y/o muelas, a menos de que sea a consecuencia de un Accidente.
- i) **Actividades Peligrosas:** Cualquier hospitalización que sea causada por participar en actividades peligrosas: montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, marcamiento de ritmo, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.
- j) **Nuclear:** Contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.
- k) **Condiciones o padecimientos preexistentes.**
- l) **Carreras:** Por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo, cuando el Asegurado participe activamente.
- m) **Curas de Reposo y Medidas Preventivas:** Cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.
- n) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria,** aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- o) Tratamiento No Recomendado por un Médico: Cualquier hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un médico matriculado, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia, hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.**
- p) Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- q) Variaciones de Peso: Obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**

5. CANCELACIÓN

Esta Póliza se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.**
- b) Por el fallecimiento del Asegurado.**
- c) Si el Asegurado titular cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.**
- d) Por falta de pago de las primas, habiendo transcurrido el periodo de gracia.**
- e) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.**
- f) Cuando a petición de cualquiera de las partes, la Póliza no sea renovada.**

6. CLÁUSULAS GENERALES

A. SUMA ASEGURADA

El monto de la Suma Asegurada, para cada cobertura contratada, se encuentra indicada en la Carátula de la Póliza.

B. LÍMITE TERRITORIAL

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir hospitalizaciones que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y el extranjero.

C. RESIDENCIA

Sólo estarán protegidos bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

D. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios. Cualquier cambio se deberá notificar por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y el porcentaje que se le designe.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando con dicho pago liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos antes que el Asegurado, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.



Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

E. SINIESTROS

Tan pronto como el Asegurado o cualquiera de sus Beneficiarios, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía. El Asegurado o el Beneficiario gozarán al efecto de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso que deberá ser por escrito. 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.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía la forma de declaración que para tal efecto se le proporcione, así como todos los documentos relacionados con la hospitalización reclamada. En caso de siniestro, el reclamante deberá presentar la siguiente documentación:

Para las Coberturas de Hospitalización

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte del reclamante (la cual será proporcionada por la Compañía).
2. Informe médico que indique fecha de inicio de signos y síntomas del padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
3. Nota de primera atención por el padecimiento que motiva la hospitalización, que indique mecanismo de lesión, condiciones clínicas al ingreso a la unidad en que recibió la atención, diagnóstico y tratamiento, firmada por el médico tratante y con los datos generales del mismo.
4. Historia clínica completa que refiera a detalle antecedentes personales patológicos y evolución

del padecimiento, firmada por el médico que elabora y con los datos generales del mismo.

5. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del hospital.
6. Interpretación médica de todos los estudios realizados.
7. Identificación oficial vigente del Asegurado.
8. Actuaciones ministeriales y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento (cuando se trate de un Accidente).
9. Estudios médicos en original.
10. Factura emitida por el hospital derivada del evento que se reclama, con desglose de gastos generados por la hospitalización.
11. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
12. Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres (3) meses.
13. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).

Para la Cobertura de Gastos Funerarios

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte del reclamante (la cual será proporcionada por la Compañía).
2. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
3. Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, si la tuviesen y del o los Beneficiarios (credencial de elector, cédula profesional o pasaporte).
4. Constancia de hospitalización, que indique fecha y horas exactas que el Asegurado permaneció hospitalizado.
5. Historia clínica que indique antecedentes personales, patológicos y evolución del padecimiento.
6. Actuaciones ministeriales completas y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento (cuando se tengan indicios de que se trató de un suicidio o intento de suicidio).
7. Comprobante de domicilio del o los Beneficiarios con una antigüedad no mayor a tres (3) meses.

8. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).

Para la Cobertura de Check Up Anual

1. Carta reclamación en formato libre (donde el Asegurado realice formalmente la solicitud del pago del beneficio, indicando nombre, número de Póliza, dirección, teléfono, ocupación, beneficio y monto reclamado).
2. Factura original correspondiente al Check Up que se reclama, con desglose de la misma que indique precio por cada estudio realizado. En caso de ser digital, debe contener cadena original y podrá ser enviada por correo electrónico.
3. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado que contengan foto y firma (INE, Pasaporte o Cédula Profesional).
4. Copia de resultado de los estudios realizados.

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.

En caso de no cumplirse estos requisitos la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación.

La obstaculización por parte del contratante, Asegurado y/o cualquiera de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

F. FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) **Si el Asegurado y/o cualquiera de sus Beneficiarios o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.**
- b) **Si con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación a que se refiere la cláusula de Siniestros de estas condiciones generales.**
- c) **Si hubiera en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Asegurado.**
- d) **Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.**

G. COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la Compañía o a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, 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 Atención 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 (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur #762,

Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Teléfonos:

En la Ciudad de México: 55 5340 0999

En el territorio nacional: 800 999 8080

H. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de la Compañía en su domicilio. Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios, en su caso, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

I. PRIMA

La prima a cargo del Contratante y/o Asegurado vence en el momento de la celebración del contrato y será calculada con base en la frecuencia y severidad que presenten las coberturas. Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado; se aplicará la tasa de financiamiento determinada por la Compañía a la fecha de expedición de la Póliza, la cual se dará a conocer por escrito al Asegurado.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o de cada una de las fracciones pactadas en el contrato. Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce (12:00) horas del último día del periodo de gracia,

si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

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

En caso que el pago de primas se realice mediante cargo a cuenta y/o tarjeta (de débito o crédito), el estado de cuenta bancario respectivo acreditará el pago realizado, salvo prueba en contrario. **En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas no imputables a la Compañía, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.**

Después de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, la prima puede ser actualizada únicamente a la renovación de la misma, de acuerdo a la frecuencia y severidad presentadas, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

J. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de Prima de estas Condiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro, se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicha devolución se hará privilegiando el medio de pago de la prima, salvo que el Contratante señale otra forma de pago.

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

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

En ningún caso, la Compañía responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

K. PERIODO DE GRACIA

El cargo de la prima a la cuenta del Contratante se hará en la fecha de inicio de cada periodo de pago pactado y en caso de que la cuenta no tenga fondos o línea de crédito suficientes, la Compañía intentará hacer el cargo diariamente hasta treinta (30) días naturales después de dicha fecha, que es el periodo de gracia al que tiene derecho el Contratante y/o Asegurado titular, continuando en vigor el contrato durante ese lapso.

Si dentro del periodo de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el contrato, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente deduciendo la prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada.

Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este contrato.

L. EDAD

La edad máxima del Asegurado para la contratación del presente seguro es de sesenta y cinco (65) años de edad y la mínima será de dieciocho (18) años. La renovación será hasta los setenta (70) años.

Para hijos dependientes económicos, la edad para ser Asegurado al amparo de esta Póliza es de tres (3) meses de edad a dieciséis (16) años; adicionalmente también estarán cubiertos los hijos en un rango de dieciséis (16) a veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del contrato de seguro o con posterioridad y después de recibirlas no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada en la solicitud de seguro fue incorrecta y ésta se encontraba fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la reserva matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado 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 pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) 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 rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y



d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

M. MONEDA

El producto estará denominado en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Asegurado o por parte de la Aseguradora, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

N. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos (2) años, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En todos los casos, 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 los artículos 81 y 82 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 esta Compañía.

O. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Este contrato será renovable automáticamente por periodos de un (1) año y, de existir el mismo plan, en los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad, en cuyo caso la Póliza no se renovará; de igual forma aplicará para el cónyuge. Para los hijos, la renovación se realizará anualmente hasta el aniversario inmediato posterior en que éstos cumplan veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean dependientes económicos del Asegurado titular, sean solteros, no perciban ingreso económico propio y vivan con el titular de la Póliza.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará con treinta (30) días de anticipación, cuáles son las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas.

En este caso, la Compañía se obliga a:

- **Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará para dicha renovación.**
- **Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente pactadas.**

La Compañía puede rehusarse a renovar este contrato si:

- a) El Asegurado titular deja de residir en los Estados Unidos Mexicanos.
- b) La Compañía cancela el tipo de plan a que está sujeto el Asegurado, sin que se afecte la vigencia de la última Póliza contratada.

La renovación se llevará a cabo sin requisitos de asegurabilidad y tanto el Asegurado como la Compañía podrán solicitar la no renovación del seguro mediante notificación por escrito efectuada con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados
- c) en perjuicio del Asegurado, y
- d) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

P. 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 treinta (30) días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Ley Sobre el Contrato de Seguro Artículo 71.- "El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio".

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas Artículo 276.- "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.



- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado.

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.

VII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo”.

Q. LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía hará el pago de la indemnización en sus oficinas en el curso de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la Cláusula de Siniestros de estas Condiciones Generales.

R. MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

S. CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); 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: <https://www.chubb.com/mx-es/condiciones-generales.aspx>

T. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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



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.

U. 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 (10) días posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

V. 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 prima se 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 treinta (30) días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **800 911 2639** en la Ciudad de México o resto de la República al **800 911 2639** 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 **800 911 2639** en la Ciudad de México o resto de la República al **800 911 2639**.
 - 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 **800 911 2639** en la Ciudad de México o resto de la República al **800 911 2639**; para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

W. 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.

X. LIGA A CITA DE PRECEPTOS 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.html>, sección "Referencias legales".

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 tener acceso a través de la siguiente dirección electrónica: <http://e-portalif.condusef.gob.mx/recas>

Y. AVISO DE PRIVACIDAD CORTO

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio ubicado en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoría externas para emisión de dictámenes de nuestra Compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección <https://www2.chubb.com/mx-es/>

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 04 de julio de 2022, con el número PPAQ-S0039-0016-2022 / CONDUSEF-005283-04.

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 04 de julio de 2022, con el número PPAQ-S0039-0016-2022 / CONDUSEF-005283-04.



FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS (ACCIDENTES Y ENFERMEDADES)

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

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

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

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre 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 falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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

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 04 de julio de 2022, con el número PPAQ-S0039-0016-2022 / CONDUSEF-005283-04.

FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE VIDA

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 Beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. A conocer, a través de la CONDUSEF, si es Beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

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 Beneficiario el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Beneficiario 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 04 de julio de 2022, con el número PPAQ-S0039-0016-2022 / CONDUSEF-005283-04.



CLÁUSULA GENERAL DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de ocurrir el siniestro, por muerte del Asegurado, y que el mismo sea procedente, la suma asegurada será pagada de la siguiente forma:

1. El 100% al cónyuge o concubino(a).
2. A falta de cónyuge o concubino(a) a los hijos del Asegurado en partes iguales.
3. A falta de cónyuge o concubino(a) e hijos, a los padres del Asegurado en partes iguales.

A falta de cualquiera de las personas antes mencionadas y en caso de que el Asegurado no hubiese realizado una designación de beneficiarios posterior a ese acto, la suma asegurada se pagará a su sucesión legal.

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 (porcentaje) de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

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 16 de marzo de 2022, con el número CGEN-S0039-0046-2022 / CONDUSEF-005283-04.



HOSPITAL CASH NUEVO 2.0

www.americanexpress.com.mx/seguros



Insurance
Services