

Protección Integral

CHUBB®

Contenido

Disposiciones Particulares	
Secciones de Daños	11
Cláusula 1 ^a . Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños	11
Cláusula 2 ^a . Especificación de Coberturas de las Secciones de Daños	11
Cobertura de Robo de Contenido en Automóviles	11
Cobertura de Robo Con Violencia o Extravío de las Llaves del Vehículo Declarado	15
Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Contenidos en Automóvil	16
Cobertura de Robo Con Violencia de Efectivo Retirado en Cajero Automático, Sucursal Bancaria y/o Punto Alterno de Retiro	18
Cobertura de Robo Con Violencia de Cartera o Bolso y Contenidos de Uso Personal	20
Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Personales por Asalto, Hurto o Extravío	23
Cobertura de Robo Con Violencia de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada	25
Cobertura de Daño Accidental de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada	27
Cobertura de Uso Indebido de Tarjeta por Asalto	30
Cobertura de Uso Indebido de Tarjeta por Hurto o Extravío	32
Cobertura de Falsificación y/o Adulteración Física de la Tarjeta y/o Impresión Múltiple de Vouchers	33
Cobertura de Transferencias Electrónicas	36
Cobertura de Compras Fraudulentas por Internet o por Teléfono	37
Cobertura de Uso Indebido o Fraudulento de Cheques producto de Asalto, Hurto o Extravío	39

Cobertura de Utilización Forzada de Aplicaciones o Billetera Digital	41
Cobertura de Robo de Identidad	42
Cobertura de Ingeniería Social	43
Cláusula 3 ^a . Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños	44
 Sección de Accidentes y Enfermedades	45
Cláusula 1 ^a . Definiciones Generales aplicables a esta Sección	45
Cláusula 2 ^a . Especificación de Coberturas	47
Cobertura de Muerte Accidental	47
Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público	48
Cobertura de Muerte Accidental por Asalto	50
Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	51
Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	55
Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente	57
Cobertura de Gastos Funerarios por Accidente	59
Cobertura de Pérdidas Orgánicas	61
Cobertura de Fractura de Huesos	63
Cobertura de Enfermedades Graves	65
1. Cáncer	65
2. Infarto Agudo al Miocardio	66
3. Apoplejía	67
4. Insuficiencia Renal Crónica	67

5. Cirugía Coronaria	68
6. Esclerosis Múltiple	68
7. Parálisis de Extremidades	69
8. Trasplante de Órganos Vitales	69
Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad	71
Cobertura de Indemnización Adicional por Terapia Intensiva	73
Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer	74
Cobertura de Cirugía	76
Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades	83
 Sección de Travel (Seguro de Viaje)	85
Muerte Accidental	85
Gastos Funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años	86
Invalidez Total y Permanente por Accidente	87
Muerte Accidental en Transporte Público	89
Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente	91
Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente en Transporte Público	93
Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad	95
Renta Diaria por hospitalización por Accidente	99
Renta Diaria por hospitalización por Enfermedad excluyendo COVID-19	100
Renta Diaria por hospitalización por COVID-19	101

Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva por COVID-19	102
Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo	103
Estabilización de Padecimientos Preexistentes	104
Gastos por Emergencia Odontológica	107
Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados	108
Gastos de Enfermera Particular	109
Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios	110
Gastos Funerarios o Traslado de Restos Mortales	112
Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	114
Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	115
Recuperación en Hotel por Accidente o Emergencia Médica	117
Gastos por Prolongación de Estancia por COVID-19	118
Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	119
Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Adulto Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	121
Demora de Viaje	122
Cancelación de Viaje	124
Cancelación de Viaje Plus	126
Interrupción de Viaje	128
Interrupción de Viaje Plus	130
Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión	132

Demora de Equipaje	134
Pérdida de Equipaje	135
Pérdida o Robo de Equipaje Especial	137
Daño de Equipaje	139
Daño Equipaje Especial	141
Pérdida o Robo de Documentos de Viaje	142
Responsabilidad Civil durante un Viaje	143
Indemnización por Robo de efectivo por disposición en Cajero Automático	145
Gastos Legales	146
Evacuación por Situación de Terrorismo	148
Evacuación por Desastre Natural	149
Diferencia de Tarifa por Viaje de Regreso Retrasado o Anticipado	150
Clases Particulares	151
Gastos de Albergue de Mascota	152
Pérdida o Robo de Equipaje de Mano	153
 Secciones de Hogar	155
Incendio de Edificio	155
Cobertura	155
1. Incendio, Rayo y Explosión	155
2. Resto de Los Riesgos Contenidos	155
Incendio de Contenidos	157
Beneficios Adicionales Para las Coberturas de Incendio de Edificio e Incendio de Contenidos	159
1. Remoción de Escombros	159

2. Gastos Extras	159
3. Rotura por Corrosión en Tuberías y su Localización	160
4. Pérdida se Rentas	160
5. Fenómenos Hidrometeorológicos	161
6. Terremoto y/o Erupción Volcánica	166
7. Cristales	168
8. Robo Con Violencia y/o Asalto	168
I. Robo de Contenidos	168
II. Dinero en Efectivo Dentro del Hogar	169
9. Responsabilidad Civil Familiar	169
I. Responsabilidad Civil Familiar	169
II. Responsabilidad Civil Doméstica	171
III. Responsabilidad Civil Arrendatario	171
10. Equipo Electrónico	172
I. Daños Materiales a Equipo Electrónico Fijo	172
II. Daños Materiales a Equipo Electrónico Móvil (Sin Celular)	173
III. Robo de Equipo Electrónico Móvil (Sin Celular)	173
11. Contenidos en Refrigerador	175
Condiciones Aplicables a Todas las Secciones de Hogar y/o Coberturas	175
Cláusula 2 ^a . Exclusiones Generales para todas las Secciones y/o coberturas	179
Servicios de Asistencia	180

Cláusula 3 ^a . Definiciones	187
Cláusula 4 ^a . Edad	192
Cláusula 5 ^a : Límite Territorial y Modificaciones al Contrato	193
Cláusula 6 ^a : Agravación del Riesgo	193
Cláusula 7 ^a : Otros Seguros	194
Cláusula 8 ^a : Medidas que Puede Tomar la Compañía en Caso de Siniestro	195
Cláusula 9 ^a : Peritaje	195
Cláusula 10 ^a : Fraude, Dolo o Mala Fe	195
Cláusula 11 ^a : Subrogación de Derechos	196
Cláusula 12 ^a : Aviso de Siniestro	196
Cláusula 13 ^a : Lugar y Pago de la Indemnización	197
Cláusula 14 ^a : Competencia	197
Cláusula 15 ^a : Interés Moratorio	197
Cláusula 16 ^a : Comunicaciones	198
Cláusula 17 ^a : Prima y Obligaciones de Pago	198
Cláusula 18 ^a : Terminación Anticipada del Contrato	200
Cláusula 19 ^a : Moneda	201
Cláusula 20 ^a : Prescripción	202
Cláusula 21 ^a : Reparación	202
Cláusula 22 ^a : Comisiones	202
Cláusula 23 ^a : Documentación Para Indemnizaciones y Pago de Daños	202
Cláusula 24 ^a : Salvamento	203
Cláusula 25 ^a : Uso de Medios Electrónicos	203

Cláusula 26 ^a : Entrega de Documentación Contractual Para el Caso de Celebración de Contrato por Vía Telefónica, Internet o Por Conducto de Prestador de Servicios	204
Cláusula 27 ^a : Consentimiento	205
Cláusula 28 ^a : Renovación Automática	206
Cláusula 29 ^a . Omisiones y/o Inexactas Declaraciones	206
Cláusula 30 ^a . Vigencia	207
Cláusula 31 ^a . Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	207
Clausula 32 ^a . Beneficios Chubb	207
Invitación Para Consultar al RECAS	207
Glosario de Preceptos Legales	208
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios por sección: Daños	209
Accidentes y Enfermedades	210
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	211
Formato de Designación de Beneficiarios	212

Protección Integral

IMPORTANTE

Este seguro está compuesto por diversas coberturas. Cada cobertura se encuentra plasmada en una sección distinta, por lo que las únicas coberturas o secciones que serán aplicables y estarán amparadas, son las que expresamente aparezcan como contratadas en la Carátula de la Póliza. Verifique las coberturas o secciones contratadas.

Para efectos de claridad, usted recibirá el paquete completo de coberturas o secciones, 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.

Sírvase leer las condiciones impresas de esta Póliza, y en el caso de encontrar algún error, o estar en desacuerdo con las mismas, devuélvalas para su rectificación de acuerdo con el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a la letra dice:

“ARTÍCULO 25.- Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus Modificaciones”.

CHUBB SEGUROS MÉXICO, S.A. en lo sucesivo “La Compañía” y el Titular de la Póliza, en lo sucesivo “El Asegurado”, han convenido las coberturas, las sumas aseguradas y número de eventos que aparecen en la Carátula de la Póliza como contratadas, con conocimiento de que se pueden elegir una o más coberturas y adicionalmente, uno o varios de los beneficios adicionales, por cada ubicación, mencionada como cubierta.

De conformidad con los artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o proponente deberá declarar por escrito a la empresa aseguradora todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, ya que cualquier omisión, falsa o inexacta declaración de dichos hechos, facultarán a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque no hayan influido en la realización de algún siniestro.

Es obligación del Asegurado avisar a La Compañía tan pronto tenga conocimiento de presentarse sucesos o circunstancias previstos en los términos de esta Póliza.

En la Carátula de la Póliza se menciona el inicio y fin de vigencia de la Póliza contratada.

Disposiciones Particulares Secciones de Daños

Cláusula 1^a. Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños

Los siguientes términos únicamente son aplicables a las coberturas de “Daños” y tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Daño Patrimonial: Afectación o pérdida apreciable en dinero como consecuencia de los Eventos amparados por esta cobertura.

Evento: Hecho o serie de hechos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza y que hayan originado el derecho a alguna reclamación para el pago de una Indemnización. Constituye un solo y mismo evento, el hecho o serie de siniestros ocurridos durante el periodo de cobertura que tienen una misma y única causa.

Indemnización: Es la restitución o reparación que está obligada a efectuar contractualmente la Aseguradora en caso de producirse un siniestro procedente bajo las condiciones estipuladas en la Póliza. La restitución se puede llevar a cabo en dinero, especie o mediante la reparación del bien amparado.

Periodo de Carencia: Es el tiempo al Inicio de la Vigencia de la Póliza, en la cual se carece de la cobertura amparada en estas condiciones. Dicho tiempo, en caso de que se aplique, se especifica en la Carátula de la Póliza.

Robo: Delito que se da cuando una persona se apodera de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley.

Robo sin Violencia: Se entenderá como aquel Robo, realizado sin fuerza material sobre las cosas, ni violencia física o moral, o intimidación en las personas, así como aquél o aquello que no deje señales visibles de violencia del exterior al interior.

Robo con Violencia: Se entenderá como aquel Robo cometido en contra del Titular del riesgo, que se haya dado con violencia física y/o moral, mismas que se distinguen de la siguiente manera:

- a) Se entiende por violencia física en el Robo: La fuerza material que para cometerlo se hace a una persona.
- b) Hay violencia moral en el Robo: cuando el ladrón amaga o amenaza a una persona, con un mal grave, presente o inmediato, capaz de intimidarlo.

Cláusula 2^a. Especificación de Coberturas de las Secciones de Daños

Cobertura de Robo de Contenido en Automóviles

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Accesorios del Vehículo Declarado: Comprende cualquier parte o accesorio con los que el fabricante adapta originalmente a cada vehículo de acuerdo con el modelo y tipo específico que presenta al mercado, así como todos aquellos que modifican, refuerzan y/o mejoran la carrocería o estructura del vehículo por fuera o por dentro del mismo, instalados con posterioridad a la primera venta del vehículo al público.

Titular del Riesgo: Es la persona que aparece como tal en la Carátula de la Póliza, que en caso de siniestro tiene derecho a la Indemnización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en este contrato.

Deductible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del riesgo a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Documentos Personales: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales la tarjeta de circulación del Vehículo Declarado, el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas bancarias y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Electrodoméstico: Es una máquina o aparato que permite realizar y agilizar algunas tareas domésticas de rutina diaria. Ayudan a preparar y cocinar alimentos, sirven para la limpieza del hogar y pueden ser utilizados por las instituciones, industrias y negocios, entre otros.

Equipo Electrónico Portátil: Es un tipo de computadora de tamaño pequeño con número de serie, con capacidades de procesamiento, con conexión a Internet, con memoria, diseñado específicamente para una función, pero que pueden llevar a cabo otras funciones más generales y puede ser fácilmente transportado por sus usuarios (como Lap Top, computadora de bolsillo, palm y Kindle). Entrarán también dentro de esta definición las Tabletas.

Extravío: Hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y/o custodia de un bien mueble propio cuando al haberse depositado o dejado en un sitio específico y, posteriormente, al ser buscado en dicho sitio ya no se encuentra (sin existir huellas de violencia que expliquen su desaparición o después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo).

Objetos Asegurados o Contenido Asegurado: Son aquellos bienes muebles propiedad del Titular del riesgo que se encuentran dentro del Vehículo Declarado al momento del siniestro, con independencia de que el Titular del riesgo se encuentre dentro o fuera del Vehículo Declarado cuando ocurra dicho siniestro, o estuviere o no manejando el Titular del riesgo el Vehículo Declarado.

Se considera dentro de esta definición, y por lo tanto serán susceptibles de aseguramiento, los equipos electrónicos móviles sin IMEI (por sus siglas en inglés International Mobile Equipment Identity) (como son lap tops palm, kindle, notebooks) ropa, calzado, maletas o bolsas (por ejemplo maletas del gimnasio, bolsos de mano, portalaptops, mochilas, portafolios, pañaleras); artículos deportivos, para transportar bebés (como sillas o carriolas) y demás objetos o bienes muebles diferentes o que no estén señalados en el numeral 6, de las exclusiones de esta cobertura.

No se considera dentro de esta definición:

- 1. Documentos Personales,**
- 2. Las llaves del Vehículo Declarado, ni**
- 3. Aquellos bienes mencionados en el numeral 6 de las exclusiones de esta misma cobertura.**

Robo de Contenido: Se refiere al Robo de los Objetos Asegurados comprendidos dentro del interior del Vehículo Declarado y que son propiedad del Titular del riesgo.

Tableta: Dispositivo electrónico móvil que consume información por medio de datos con pantalla táctil, tiene un tamaño intermedio entre una laptop y el teléfono celular, permite la comunicación en algunos casos y el uso de aplicaciones y herramientas de trabajo propias de un ordenador o laptop.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI (Por sus siglas en inglés International Mobile Equipment Identity) que identifica dicho dispositivo.

Tercero: Para efectos de esta cobertura se entenderá como tercero a los hijos, cónyuge, concubino(a) o los padres del Titular del riesgo. **No entra en esta definición cualquier otra persona que no esté en las categorías antes mencionadas.**

Valor Real: Cantidad que sería necesario erogar para reparar o reponer el bien robado por otro nuevo de igual o similar clase, calidad, tamaño y capacidad, deduciendo la depreciación física por uso, de acuerdo con la edad y las condiciones de mantenimiento que tenían los bienes, inmediatamente antes de ocurrir el siniestro.

Vehículo Declarado: Se refiere al vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado exclusivamente para el transporte particular de personas, que aparece descrito en la Carátula de la Póliza. **No entran dentro de esta definición aquellos vehículos destinados temporal o permanentemente al servicio privado comercial o público de transporte de personas.**

Riesgo y Bienes Cubiertos

Al amparo de esta cobertura la Compañía indemnizará al Titular del riesgo los Contenidos Asegurados, conforme a la forma de Indemnización más adelante señalada, cuando:

- A. El Titular del riesgo, estando dentro del Vehículo Declarado, sufra Robo con Violencia de los Contenidos Asegurados,
- B. Los Objetos Asegurados sean Robados sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del riesgo Asegurado; siempre y cuando se haya dado Robo con Violencia al Tercero que estuviere dentro del Vehículo Declarado, o
- C. Se haya hecho uso de fuerza del exterior al interior del Vehículo Declarado para cometer el delito, dejando señales visibles de dicha fuerza en el lugar por donde se perpetró (como rotura de cristales y/o chapa), sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del riesgo o el Tercero.

La Suma Asegurada, el Deducible, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia para esta cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Es condición para que proceda la Indemnización de esta cobertura, que el Titular del riesgo inicie las acciones legales que correspondan en contra del responsable o contra quienes resulten responsables. La Compañía se subrogará en los derechos del Titular del Riesgo, una vez que haya efectuado la indemnización correspondiente, persiguiendo las responsabilidades del Robo de los Contenidos.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. Robo de Contenidos sin que medie el uso de fuerza del exterior al interior del Vehículo Declarado para cometer el Robo, en el caso de que el Titular del riesgo o el Tercero no se encontraren en el Vehículo Declarado.
2. Cualquier daño material al Vehículo Declarado, Objetos Asegurados y/o Documentos Personales.
3. El Robo de Contenidos Asegurados cuando éstos no se encuentren al momento del siniestro dentro del Vehículo Declarado.
4. El Robo con Violencia o Extravío de las Llaves del Vehículo Declarado.

5. **El reembolso o gasto por trámite de Documentos Personales que hayan sido Robados con o sin Violencia.**
6. **Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**
 - a) Teléfonos celulares o electrodomésticos.
 - b) Joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.
 - c) Los animales y plantas naturales o sintéticas.
 - d) Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.
 - e) El dinero en efectivo o en cualquier de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).
 - f) Equipos especializados de ingeniería.
 - g) Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción, que por su tamaño puedan ser transportados dentro del bolso o cartera.
 - h) Facturas o testamentos.
 - i) Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, cosméticos o bebidas.

Forma de Indemnización de esta cobertura

La Compañía indemnizará a Valor Real, hasta el límite de la Suma Asegurada, en dinero y en una sola exhibición los Objetos Asegurados que hayan sido robados con violencia o bien, a satisfacción del Titular del riesgo, podrá reponerlos por otros de similares características, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para efectos de la presente cobertura se utilizará la siguiente tabla de depreciación:

Equipo Electrónico Portátil	De hasta 1 año: 0% Entre 1 y 3 años: 30% Entre 3 y 5 años: 60%
Ropa, Calzado y Otros	De hasta 2 años: 50% Más de 2 años: 75%

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Titular del riesgo, con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Tarjeta de Circulación o documento que identifique el Vehículo Declarado y al propietario de éste (Factura).
- Comprobante de pago de deducible (si es que aplica para la cobertura).
- Acta ante el Ministerio Público (Certificada) indicando las circunstancias de tiempo, modo, lugar del Evento, propiedades robadas y detalle del vehículo en donde estaban los bienes robados.
- Fotografías o cualquier otra prueba respecto del daño ocasionado al cristal o chapa del Vehículo Declarado por el Robo con uso de fuerza exterior para cometerlo.
- Facturas, boletas de venta o recibos de compra, documentos de asignación, guías de remisión, estados de cuenta u

- otros documentos que demuestren la preexistencia de los Contenidos Asegurados.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Robo Con Violencia o Extravío de las Llaves del Vehículo Declarado

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Accesorios del Vehículo Declarado: Comprende cualquier parte o accesorio con los que el fabricante adapta originalmente a cada vehículo de acuerdo con el modelo y tipo específico que presenta al mercado, así como todos aquellos que modifican, refuerzan y/o mejoran la carrocería o estructura del vehículo por fuera o por dentro del mismo, instalados con posterioridad a la primera venta del vehículo al público.

Titular del Riesgo: Es la persona física que aparece como tal en la Carátula de la Póliza, que en caso de siniestro tiene derecho a la Indemnización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en este contrato.

Deductible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del riesgo a efecto de que se pague la Indemnización respectiva.

Extravío: Hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y/o custodia de un bien mueble propio cuando al haberse depositado o dejado en un sitio específico y, posteriormente, al ser buscado en dicho sitio ya no se encuentra (sin existir huellas de violencia que expliquen su desaparición o después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo).

Tercero: Para efectos de este seguro se entenderá como el hijo (s), cónyuge, concubino(a) o los padres del Titular del riesgo. **No entra en esta definición cualquier otra persona que no esté en las categorías antes mencionadas.**

Valor Real: Cantidad que sería necesario erogar para reparar o reponer el bien robado por otro nuevo de igual o similar clase, calidad, tamaño y capacidad, deduciendo la depreciación física por uso, de acuerdo con la edad y las condiciones de mantenimiento que tenían los bienes, inmediatamente antes de ocurrir el siniestro.

El monto resultante no podrá ser mayor que el valor comercial del bien o de mercado al momento del siniestro.

Vehículo Declarado: Se refiere al vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado exclusivamente para el transporte particular de personas, que aparece descrito en la Carátula de la Póliza. **No entran dentro de esta definición aquellos vehículos destinados temporal o permanentemente al servicio de transporte de personas con fines de lucro.**

Bienes y Riesgo Cuberto

Al amparo de esta cobertura la Compañía indemnizará, a través de reembolso, el monto que haya pagado el Titular del riesgo para la reposición de la llave que extravió o fue Robada con Violencia previa entrega de la copia del comprobante de pago a la Aseguradora y demás documentación que más adelante se indica, cuando:

- A. Le Roben al Titular del riesgo o al Tercero con Violencia las llaves del Vehículo Declarado, o

- B. Sufra el Titular del riesgo el Extravío de las llaves del Vehículo Declarado.

La Suma Asegurada, Deducible, el número de Eventos amparados y Periodo de Carencia para esta cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. Llaveros y cualquier accesorio o elemento decorativo de la llave del Vehículo Declarado.
2. Otras llaves que se encontraran en el mismo llavero o porta llaves al momento del siniestro.
3. Duplicados de la llave del Vehículo Declarado.
4. Llaves que no sean de propiedad del Titular del riesgo o del Vehículo Declarado.

A. Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Titular del riesgo, con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la Indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

B. Para el caso de Robo con Violencia, además de lo señalado en el inciso A) anterior:

- Actuaciones ante el Ministerio Público (copias certificadas) indicando las circunstancias de tiempo, modo, lugar del Evento y propiedades robadas.
- Factura o recibo de pago de la compra de la llave nueva que fue reemplazada con fecha posterior a la vigencia de este contrato.

C. Para el caso de Extravío, además de lo señalado en el inciso A) anterior:

- Declaración de los hechos sobre el extravío de las llaves, firmado y fechado ante el Ministerio Público.
- Factura o recibo de pago de la compra de la llave nueva que fue reemplazada con fecha posterior a la vigencia de este contrato.

Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Contenidos en Automóvil

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Accesorios del Vehículo Declarado: Comprende cualquier parte o accesorio con los que el fabricante adapta originalmente a cada vehículo de acuerdo con el modelo y tipo específico que presenta al mercado, así como todos aquellos que modifican, refuerzan y/o mejoran la carrocería o estructura del vehículo por fuera o por dentro del mismo, instalados con posterioridad a la primera venta del vehículo al público.

Titular del Riesgo: Es la persona física que aparece como tal en la Carátula de la Póliza, que en caso de siniestro tiene derecho a la Indemnización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en este contrato.

Documentos Personales Contenidos: Se entenderá como la tarjeta de circulación del Vehículo Declarado, la visa, pasaporte o licencia de conducir del Titular del riesgo, cualquier tarjeta de crédito o débito del Titular del riesgo u otro documento personal que para su reexpedición o reposición requiera un pago por parte del Titular del riesgo Asegurado.

Extravío: Hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y/o custodia de un bien mueble propio cuando al haberse depositado o dejado en un sitio específico y, posteriormente, al ser buscado en dicho sitio ya no se encuentra (sin existir huellas de violencia que expliquen su desaparición o después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo).

Robo de Contenido: Se refiere al Robo de los Objetos Asegurados comprendidos dentro del interior del Vehículo Declarado.

Tercero: Para efectos de este seguro se entenderá como el hijo (s), cónyuge, concubino(a) o los padres del Titular del riesgo. **No entra en esta definición cualquier otra persona que no esté en las categorías antes mencionadas.**

Vehículo Declarado: Se refiere al vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado exclusivamente para el transporte particular de personas, que aparece descrito en la Carátula de la Póliza. **No entran dentro de esta definición aquellos vehículos destinados temporal o permanentemente al servicio privado o público de transporte de personas.**

Riesgo Cubierto

Al amparo de esta cobertura la Compañía reembolsará al Titular del riesgo, el costo de los gastos que haya efectuado a efecto de obtener la reposición o reexpedición de los Documentos Personales Contenidos, cuando:

- A. El Titular del riesgo, estando dentro del Vehículo Declarado, sufra Robo con Violencia de los Documentos Personales Contenidos,
- B. Los Documentos Personales sean Robados sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del riesgo; siempre y cuando se haya dado Robo con Violencia al Tercero que estuviere dentro del Vehículo Declarado, o
- C. Se haya hecho uso de fuerza del exterior al interior del Vehículo Declarado para cometer el delito, dejando señales visibles de dicha fuerza en el lugar por donde se perpetró (como rotura de cristales y/o chapa), sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del riesgo o el Tercero.

La Suma Asegurada y el número de Eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. Cualquier reembolso de Documentos Personales cuando éstos no se encontraren al momento del siniestro dentro del Vehículo Declarado.
2. Multas o cargos por trámites acelerados.
3. Facturas o Testamentos.

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formulario de aviso de siniestro donde se relata lo sucedido, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Copia del documento de identificación (Pasaporte, INE, Cédula Profesional, Cartilla Militar) del Titular del riesgo.
- Tarjeta de Circulación o documento que identifique el Vehículo Declarado y al propietario de éste (Factura).
- Recibos y documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades, autoridades, instituciones respectivas y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Robo Con Violencia de Efectivo Retirado en Cajero Automático, Sucursal Bancaria y/o Punto Alterno de Retiro

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Asegurado.

Punto Alterno de Retiro: Significa cajas o ventanillas de supermercados, de tiendas de conveniencia y de cualquier otro establecimiento en donde se pueda efectuar cualquier retiro, disposición y/o entrega de efectivo por cualquier concepto. **No se considera un Punto Alterno de Retiro un Cajero Automático o una Sucursal Bancaria.**

Sucursal Bancaria: Instalación de la Institución Bancaria, la cual está destinada a la atención de personas que contratan o llevan a cabo operaciones y servicios prestados por la Institución Bancaria, en las cuales se llevan a cabo, entre otras cosas, manejo de efectivo. **No se considera Sucursal Bancaria, las oficinas administrativas de atención al público de las Instituciones Bancarias en donde no se lleve a cabo el manejo de efectivo o valores.**

Tarjeta: Significan las de crédito o débito físicas o digitales operadas por la Institución Bancaria, las cuales el Titular del riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros de efectivos en Cajeros Automáticos, Sucursal Bancaria o Punto Alterno de Retiro con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad. **No entran dentro de esta definición las tarjetas comerciales o departamentales que no sean emitidas por una Institución Bancaria.**

Al amparo de esta cobertura sólo estará amparado el efectivo retirado de las Tarjetas del Titular del riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Titular del riesgo Asegurado el Daño Patrimonial que sufra en caso de que sea víctima de Robo con Violencia del efectivo que haya dispuesto previamente utilizando su Tarjeta, ya sea en un Cajero Automático, ventanilla de una Sucursal Bancaria (siempre que la sucursal sea de la Institución Bancaria señalada en la Carátula de la Póliza) o Punto Alterno de Retiro.

Para que proceda la cobertura, el Robo con Violencia del efectivo no podrá exceder de 5 (cinco) horas siguientes al momento de haber efectuado el retiro del efectivo en el Cajero Automático, Sucursal Bancaria o Punto Alterno de Retiro.

- **Utilización forzada por terceros de Tarjeta Asegurada**

La Compañía indemnizará al Asegurado el Daño Patrimonial que éste sufra, si directamente es obligado a realizar una disposición de efectivo en un Cajero Automático utilizando su Tarjeta de Débito y/o Crédito sea física o digital. La Compañía responderá solamente por el monto cuantificable en dinero resultado de la o las disposiciones que el Asegurado haya hecho en un Cajero Automático, a partir de la primera disposición y si ese evento ocurre dentro de la temporalidad que se estipule en la Carátula de la Póliza, en el entendido que no podrá exceder las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento de haber efectuado el retiro de efectivo.

La Suma Asegurada por Evento y el número de Eventos amparados se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. Importes o montos relativos a gastos de administración, intereses, anualidades, comisiones u otros similares respecto de las Tarjetas.
2. Daño Patrimonial que sufra el Titular del riesgo respecto de sus Tarjetas o adicionales que no estén estipuladas o descritas en la Carátula de la Póliza.
3. Que algún cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, haya tenido participación y/o beneficio por el que se haya generado el siniestro.
4. El Robo con Violencia de efectivo ocurrido a una persona distinta al Titular del riesgo, cotitulares o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo (salvo que esté amparado el efectivo retirado de las Tarjetas adicionales, por haberlo solicitado así el Titular del riesgo y se hayan estipulado o descrito tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza).
5. La pérdida de cualquier cantidad de dinero que se tuviere al momento de ocurrir el delito y que no sea el comprobado como retirado del Cajero Automático o de la ventanilla de la Sucursal Bancaria.
6. El Robo con Violencia de efectivo que se realice fuera del rango de horas señalado en la cobertura o, en su caso, en la Carátula de la Póliza.
7. En caso de más de una disposición en el mismo Cajero Automático o en ventanilla de Sucursal Bancaria en plazo menor de 24 horas, no se cubrirán las disposiciones posteriores a la primera disposición de efectivo.
8. Robos con Violencia de efectivo en que no se puedan acreditar.

- 9. Robo con Violencia de efectivo retirado en una Sucursal Bancaria distinta a la Institución Bancaria señalada en la Carátula de la Póliza.**
- 10. Pérdidas que no sean constitutivas de delito de Robo Con Violencia, tales como Robo sin Violencia, extravíos u otros delitos.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia certificada de las actuaciones ante Ministerio Público (denuncia) que indique las fechas y horas exactas de los movimientos o retiros realizados en el Cajero Automático o Sucursal Bancaria o Punto Alterno de Retiro
- Recibos, comprobantes, ticket del retiro, estado de cuenta y/o notificación de retiro enviado al titular de la cuenta vía SMS, a efecto de acreditar el monto reclamado.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente de del apoderado.

Cobertura de Robo Con Violencia de Cartera o Bolso y Contenidos de Uso Personal

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Bolso o Cartera: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, billetera, bolsa o bolsa de mano.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Deductible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del riesgo a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Depreciación: Es el demérito o pérdida de valor de un bien por su uso, deterioro o transcurso del tiempo.

Documentos Personales: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Equipo Electrónico: Todos aquellos equipos o aparatos que se alimente de la red eléctrica o de baterías, realizan funciones complejas a través de circuitos electrónicos.

Equipo Electrónico Portátil: Es un tipo de computadora de tamaño pequeño con número de serie, con capacidades de procesamiento, con conexión a Internet, con memoria, diseñado específicamente para una función, pero que pueden llevar a cabo otras funciones más generales y puede ser fácilmente transportado por sus usuarios (como Lap Top, computadora de bolsillo, palm y Kindle).

Extravío: El hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite Tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

IMEI (Por sus siglas en inglés International Mobile Equipment Identity): Código pregrabado en los dispositivos móviles GSM (por sus siglas en inglés, Global System for Mobile communications). Este código identifica al dispositivo móvil de forma exclusiva a nivel mundial, y es transmitido por el aparato a la red al conectarse a ésta.

Sublímite: Monto o cantidad máxima a indemnizar que forma parte de la Suma Asegurada por Evento, el cual aplica para Teléfonos Celulares. El sublímite no incrementa la Suma Asegurada por Evento y se encontrará indicado en la Carátula de la Póliza.

Tableta: Dispositivo electrónico móvil que consume información por medio de datos con pantalla táctil, tiene un tamaño intermedio entre una laptop y el teléfono celular, permite la comunicación en algunos casos y el uso de aplicaciones y herramientas de trabajo propias de un ordenador o laptop.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del riesgo puede utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura la Aseguradora solo reembolsará al Titular del riesgo los montos que haya pagado para la reexpedición de las Tarjetas del Titular del riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza y que hayan estado dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI que identifica dicho dispositivo.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la Indemnización de esta cobertura.

Valor Real: Es el valor de un bien, partiendo de su valor actual de nuevo menos la depreciación sufrida por uso o factores internos o externos que disminuyan su valor.

Valor de Reposición: Es la cantidad que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma clase y capacidad.

Bienes y Riesgo Cubiertos

La Compañía indemnizará a Valor Reposición al Titular del riesgo por el Daño Patrimonial que sufra en caso de que le sea Robado con Violencia su Bolso o su Cartera, y los Documentos Personales portados dentro de éstos, así como otros contenidos de uso personal, de acuerdo con lo siguiente:

La Compañía cubre todos los objetos contenidos en un Bolso especificados en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando se compruebe su existencia y propiedad por parte del Titular del riesgo, cuando hayan sido objeto de Robo con Violencia. **En caso de documentos personales, será necesario que éstos hayan estado dentro del bolso o cartera al momento del siniestro.**

La Indemnización podrá consistir en el pago de dinero efectivo a Valor Reposición o, a satisfacción del Titular del riesgo, la Aseguradora podrá reemplazar y/o reponer los objetos robados.

La Suma Asegurada por Evento, el Deducible, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

En caso de siniestro, esta cobertura cubrirá únicamente una Tableta o un Teléfono Celular del Titular del riesgo hasta el Sublímite señalado en la Carátula de la Póliza siempre y cuando la Tableta o Teléfono Celular al momento del robo se encontrará dentro del bolso.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Daño producido a los objetos contenidos en la Cartera o Bolso.**
2. **Retiro de efectivo y/o compras realizadas con las Tarjetas que estuvieran contenidas dentro del Bolso o Cartera Robado.**
3. **Los artículos, elementos o bienes que no sean de propiedad del Titular del riesgo.**
4. **Equipos Electrónicos que no entren en la definición de Equipo Electrónico Portátil.**
5. **Alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes aun cuando estuvieren dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**
 - Joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.
 - Ropa, artículos de vestir o accesorios.
 - Los animales y plantas naturales o sintéticas.
 - Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.
 - El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).
 - Equipos especializados de ingeniería que por su tamaño quepan dentro del Bolso o Cartera.
 - Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción, que por su tamaño puedan ser transportados dentro del bolso o cartera.
 - Facturas o testamentos.
 - Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, cosméticos o bebidas.

Documentos indispensables para el pago de Indemnización de esta cobertura:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar, siendo indispensable que se declare en la denuncia los objetos o Documentos personales que fueron Robados.
- Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de los documentos personales robados tales como: pasaporte, licencia de conducir, Tarjetas u otro documento que requiera realizar un pago para su expedición.
- Factura de compra de los bienes robados o declaración firmada por inexistencia de las facturas. En caso de no tener las facturas de compra debe presentar un soporte que evidencie la existencia de los bienes reclamados: fotos, manuales, accesorios, etc.
- 3 (tres) cotizaciones de cada uno de los bienes robados.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.
- Para el caso de Teléfonos Celulares se requiere indispensablemente acreditar la cancelación del IMEI del Teléfono Celular robado (se puede obtener una pantalla de la página: www.ift.org.mx/imei).

Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Personales por Asalto, Hurto o Extravío

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Bolso o Cartera: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, cartera, billetera, bolsa o bolsa de mano.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Documentos Personales: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la Tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta y/o cheque, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del riesgo puede utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura la Aseguradora solo reembolsará al Titular del riesgo los montos que haya pagado para la reexpedición de las Tarjetas del Titular del riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza y que hayan estado dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la Indemnización de esta cobertura.

Riesgo Cubierto

Si al momento del Asalto, Hurto o Extravío del Bolso o Cartera del Titular del Riesgo se sustraigan o extravíaran los documentos personales del Titular del riesgo, la Compañía le pagará, el costo de los gastos efectuados a efecto de obtener la reposición de los documentos personales.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (si éste último llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura se pagará contra recibos y documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades respectivas y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

- 1. Reembolso de multas o cargos de trámites acelerados.**
- 2. Facturas o testamentos.**
- 3. Retiro de efectivo y/o compras realizadas con las Tarjetas que estuvieran contenidas dentro del Bolso o Cartera robado.**

Documentos indispensables para Iniciar la Reclamación

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de dichos documentos.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Robo Con Violencia de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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 Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la Tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad de objeto múltiple que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor sean físicas o digitales, las cuales el Titular del riesgo, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparados los productos adquiridos con las Tarjetas del Titular del riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tengan cobertura y estén asegurados los productos adquiridos con las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del riesgo a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI (International Mobile Station Equipment Identity en inglés) que identifica dicho dispositivo.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Riesgo Asegurado

La Aseguradora indemnizará al Titular del riesgo el importe de los productos previamente adquiridos con la Tarjeta que hayan sido objeto de Robo con Violencia y solo si ese evento ocurre dentro de la temporalidad establecida en la Carátula de la Póliza.

El límite máximo por Evento, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

- 1. Productos, servicios o artículos comprados o adquiridos mediante extorsión y/o cualquier otro vicio de la voluntad y/o consentimiento del Titular del riesgo.**
- 2. No se cubrirá la compra de pieles, boletos de transporte, cupones de gasolina, así como**

cualquier objeto destinado a la reventa. Tampoco se encuentran cubiertos los Robos a bienes asegurados en el transcurso de su transporte, traslado o desplazamiento por el vendedor o sus encargados.

3. Extravío de los bienes o pérdidas sean consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.
4. Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes bienes, salvo pacto en contrario en la Carátula de la Póliza:
 - a) Las joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.
 - b) Pérdidas parciales en ropa, artículos de vestir o accesorios.
 - c) Los animales y plantas naturales o sintéticas.
 - d) Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.
 - e) El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).
 - f) Equipos especializados de ingeniería.
 - g) Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción.
 - h) Los vehículos de motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos (vehículos motorizados, motocicletas, lanchas o aviones, etc.).
 - i) Teléfonos Celulares.
 - j) Llantas o autopartes.
 - k) Reposición de facturas, testamentos y cualquier otro documento no mencionado expresamente en la cobertura.
 - l) Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, bebidas.

Documentos indispensables para iniciar la reclamación

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- Original o copia de la factura, recibo, ticket o comprobante de pago en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado. En el caso que se adquiera más de un producto mediante un solo comprobante de compra, presentar el comprobante de pago detallado extendido por el establecimiento donde se efectuó la compra.
- En caso de que la compra se hiciera con tarjeta de crédito o débito, original o copia del estado de cuenta o extracto bancario en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Daño Accidental de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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 Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Códigos, Claves o NIPS's: Serie de datos compuestos por letras y/o números, de carácter confidencial, y establecidos entre el Titular del riesgo, los Cotitulares y la Institución Bancaria como medio de acceso o identificación.

Daño Accidental: Todo daño material que provenga de un hecho súbito, imprevisible e irreversible. **No se considerará daño accidental a aquel que haya sido causado intencionalmente por el Titular del riesgo.**

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad de objeto múltiple que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del riesgo, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparados los Daños Accidentales de los productos adquiridos con las Tarjetas del Titular del riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tengan cobertura y estén amparados los Daños Accidentales de los productos adquiridos con las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del riesgo a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Riesgo Cubierto

La Compañía cubrirá el Daño Accidental que sufren los bienes que hayan sido adquiridos con la Tarjeta, siempre y cuando el evento ocurra dentro del número de días naturales que aparezcan en la Carátula de la Póliza, los cuales comenzarán a contar a partir del momento de la adquisición de los mismos.

Para efectos de valuación de los daños causados a los bienes que hayan sido adquiridos con la Tarjeta, el Titular del riesgo deberá presentar los bienes ante un servicio técnico autorizado por la marca del bien a fin de que se realice el diagnóstico correspondiente y se determine:

a) Pérdida Parcial

En caso de que el costo de la reparación sea menor al 75% del costo del bien asegurado, reflejado en la factura,

estado de cuenta o extracto de la Tarjeta, la Compañía pagará al Titular del riesgo el valor del costo de la reparación, previa presentación del recibo o factura que acredite dicha reparación, sin que exceda el monto de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

b) Pérdida Total

En caso de que el costo de la reparación sea igual o mayor al 75% del costo del bien asegurado, reflejado en la factura, estado de cuenta o extracto de la tarjeta, la Compañía indemnizará dicha cantidad, sin exceder de la Suma Asegurada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza.

La Indemnización de bienes que formen parte de pares, juegos o conjuntos, serán liquidados conforme al precio total de compra del par, juego o conjunto en el caso que los bienes dañados resulten irreemplazables individualmente y conviertan al resto en conjunto inutilizable.

Si después de sufrir un Daño Accidental los bienes asegurados se reparan por el Titular del riesgo o por un tercero en forma provisional y continúan funcionando, la Compañía no será responsable en caso alguno por cualquier daño que éstos sufran posteriormente hasta en tanto la reparación se haga en forma definitiva, excepto si la Compañía da instrucciones por escrito para tal efecto. Si de cualquier reparación definitiva de los bienes hecha por el Titular del riesgo deriva una agravación esencial del riesgo, será aplicable lo dispuesto en la cláusula “Agravación del Riesgo” de este contrato de seguro.

La Suma Asegurada por Evento, el número de Eventos amparados para esta cobertura, el monto mínimo del valor del bien para efectos de que opere la cobertura y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. Daños por el uso normal o desgaste natural de los bienes asegurados.
2. Daños que provengan de contaminación radioactiva.
3. Daños provenientes de los vicios o defectos propios de los bienes asegurados, que deriven de una defectuosa fabricación o que generen la responsabilidad de garantía del fabricante, productor, expendedor y/o distribuidor.
4. Pérdidas o daños causados por uso, abuso, deterioro gradual, vicio propio, oxidación, herrumbre, corrosión, enmohecimiento, humedad atmosférica o congelamiento de los bienes asegurados y daños puramente mecánicos parciales.
5. Por daños que se manifiesten como defectos estéticos, que no comprometan la funcionalidad del bien asegurado, tales como manchas, rayones, decoloración, efectos causados por sol, agua y humedad, ralladuras a superficies pintadas, pulidas o esmaltadas. Sólo serán indemnizadas cuando sobrevengan a consecuencia de un siniestro indemnizable en los términos de esta Póliza y que haya afectado también otras partes del bien asegurado e impida el correcto y normal funcionamiento del mismo.
6. Los Daños Accidentales a bienes cuya compra se efectuare con tarjetas diferentes a las señaladas o descritas en la Carátula de la Póliza.
7. Daños ocurridos como consecuencia de la manipulación o alteración del bien o producto original, por parte de Titular del riesgo o un tercero, o agravación del riesgo por no seguir

- las instrucciones del fabricante.**
8. **Servicios complementarios a los bienes adquiridos tales como, instalación, garantía del fabricante, mantenimiento y otros.**
9. **Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**
- Las joyas, alhajas, piedras preciosas, gema, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.**
 - Pérdidas parciales en ropa, artículos de vestir o accesorios.**
 - Los animales y plantas naturales o sintéticas.**
 - Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.**
 - El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).**
 - Equipos especializados de ingeniería.**
 - Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción.**
 - Los vehículos de motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos (vehículos motorizados, motocicletas, lanchas o aviones, etc.).**
 - Teléfonos móviles o celulares.**
 - Llantas y autopartes.**
 - Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, bebidas.**
10. **Cuando los bienes objeto de reclamación hayan sido perdidos o Extraviados.**
11. **Cuando las pérdidas sean consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.**
12. **Reposición de facturas, testamentos y cualquier otro documento no mencionado expresamente en la cobertura.**

Documentos indispensables para iniciar la reclamación

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Original o copia de la factura, recibo, ticket o comprobante de pago en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado. En el caso que se adquiera más de un producto mediante un solo comprobante de compra, presentar el comprobante de pago detallado extendido por el establecimiento donde se efectuó la compra.
- En caso de que la compra se hiciera con Tarjeta de crédito o débito física o digital, original o copia del estado de cuenta o extracto bancario en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado.
- En caso de un posible evento de daño accidental, dictamen técnico y presupuesto de reparación de los bienes afectados. (El Presupuesto deberá ser un documento fechado que señale el concepto y el costo de reparación del bien, que consigne la descripción de la reparación del bien afectado desglosando los conceptos de refacciones, piezas, accesorios, precio y valor unitario del mismo, mano de obra y materiales, etc. El documento debe ser expedido por persona física o moral, llámeselo especialista o comercio debidamente establecido: en hoja membreteada que incluya el nombre del especialista o del comercio, dirección, teléfono o correo electrónico, RFC y con la razón

- social o con el nombre completo y firma del especialista que elaboró el presupuesto).
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Uso Indebido de Tarjeta por Asalto

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio alterno de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la Tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del riesgo pierde la posesión y custodia de su Tarjeta, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Tarjeta: Todas aquellas Tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparadas por Uso Indebido las Tarjetas del Titular del riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tenga cobertura y estén amparadas las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del riesgo Asegurado a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria o Casa Comercial, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o fraudulento: Correspondrá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del Riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño Patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, en un establecimiento comercial o en Cajeros Automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de Asalto de las Tarjetas.

La Suma Asegurada por Evento, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura sólo ampara las pérdidas que el Titular del Riesgo sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo, salvo que se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. Pérdidas cuando en el Asalto hayan intervenido empleados del Emisor de la Tarjeta.
2. Pérdidas cuando hayan sido Robadas sin Violencia las Tarjetas o las mismas hayan sido Extraviadas.
3. Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del riesgo.
4. Pérdidas por Robo sin Violencia.

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Uso Indebido de Tarjeta por Hurto o Extravío

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio alterno de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite las Tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y custodia de su Tarjeta, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite Tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

Tarjeta: Todas aquellas Tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparadas por Uso Indebido las Tarjetas del Titular del riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tenga cobertura y estén amparadas las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del riesgo Asegurado a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria o Casa Comercial, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso indebido o fraudulento: Correspondrá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, en un establecimiento comercial o en Cajeros Automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de su Hurto o Extravío de las Tarjetas.

La Suma Asegurada, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia (se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza).

La cobertura sólo ampara las pérdidas que el Titular del Riesgo sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños Patrimoniales cuando el Uso indebido hay sido por Asalto de las Tarjetas.**
2. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia), en donde relate el Hurto o Extravío.
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

**Cobertura de Falsificación y/o Adulteración Física de la Tarjeta y/o Impresión Múltiple de Vouchers
Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.****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:

Adulteración del Plástico: cuando un tercero modifique sin el consentimiento del Titular del Riesgo una Tarjeta emitida válidamente por un Emisor.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Banda Magnética: Banda presente en la Tarjeta que puede ser leída mediante contacto físico, pasándola a través de una cabeza lectora o terminal punto de venta.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Chip: Circuito electrónico de material semiconductor, especialmente silicio, en forma de cubo minúsculo, que, combinado con otros componentes, forma un sistema integrado más complejo y realiza una función electrónica específica, en el caso de las Tarjetas este dispositivo forma parte de un mecanismo de seguridad en el procesamiento de las transacciones.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite las Tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Falsificación del Plástico: cuando un tercero realice una confección física de una Tarjeta que ha sido estampada en relieve o impreso.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el titular o una persona adicional autorizado por el titular, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de este seguro sólo estarán amparadas las Tarjetas del Asegurado Titular que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tengan cobertura y estén aseguradas las Tarjetas Adicionales será necesario que así lo solicite el Asegurado Titular a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas Adiciones en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria o Casa Comercial, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

Esta cobertura tiene tres tipos de variedades según se describe a continuación:

- **Falsificación y/o Adulteración del Plástico**

La Compañía se obliga a pagar el Daño Patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de sus Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, a consecuencia de Falsificación y/o Adulteración del plástico por parte de un tercero.

- **Falsificación y/o Adulteración de la Banda Magnética y/o Chip**

La Compañía se obliga a pagar el Daño Patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, a través de medios de autorización y/o captura electrónica, tales como P.O.S. (*Point of Sale*) o Cajeros Automáticos, a consecuencia de la Falsificación, Adulteración y/o copia de la Banda Magnética y/o Chip por parte de un tercero.

- **Impresión Múltiple de Vouchers**

La Compañía se obliga a pagar el Daño Patrimonial que sufra el Titular del Riesgo en el Evento que por concepto de una misma transacción efectuada (por el Titular del Riesgo o por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo), un tercero proceda a la impresión múltiple de vouchers utilizando la máquina imprinter o P.O.S. (*Point of Sale*) efectuadas en un determinado local, sin que el Titular del Riesgo o los cotitulares o las personas adicionales autorizadas por el Titular del Riesgo se percate(n) de ello, y que producto de la venta de los mismos vouchers se realicen transacciones fraudulentas en el mismo o en diferentes locales a nivel nacional y/o internacional.

En los tres tipos de variedades señalados en esta cláusula, el seguro cubrirá las pérdidas ocurridas desde la fecha de la primera transacción Fraudulenta hasta 60 (sesenta) días naturales siguientes y/o hasta la fecha de vencimiento del estado de cuenta que refleje los cargos indebidos, lo que ocurra primero.

El límite máximo por Evento, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. Pérdidas por la Falsificación y/o Adulteración de Tarjetas por parte de empleados del Emisor de las mismas.
2. Pérdidas por la impresión Múltiple de vouchers que hubieren realizado empleados del Emisor de las Tarjetas.
3. Pérdidas por fallas en el software o hardware del Emisor y por lo cual se haya generado la impresión Múltiple de Vouchers.
4. Daños Patrimoniales derivados de la pérdida o Robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.
5. Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del riesgo.

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.

- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por la cobertura.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del Evento.
- Reporte Aviso de Bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Transferencias Electrónicas

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Emisor: Es la Institución Bancaria señalada en la Carátula que emite las Tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Institución Bancaria: Es cualquier Institución de Banca Múltiple, Institución de Banca de Desarrollo y/o Sociedades Financieras de Objeto Múltiple.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Transferencia Electrónica de Fondos no reversible no autorizada por el Asegurado: Transferencia de fondos vía electrónica realizada por un tercero sin el consentimiento del Asegurado, mediante el uso ilícito de los Códigos, Claves y/o NIP convenidos entre la Institución Bancaria y el Asegurado en relación con el contrato que tengan celebrado. Dicha transferencia debe concretarse a través de la red mundial de comunicación conocida como Internet, desde el sitio oficial de la Institución Bancaria relacionada a la cuenta y mediante el uso de una computadora personal, siempre que los fondos transmitidos no puedan ser recuperados por la Institución Bancaria por cualquier medio legal, de la cuenta destino a la cuenta de origen.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño Patrimonial que sufra el Asegurado por transferencias electrónicas de fondos no reversibles no autorizadas por éste a través del sitio de internet de la Institución Bancaria.

Esta cobertura única y exclusivamente (i) aplicará para cuentas aperturadas en la Institución Bancaria para transferencias electrónicas; y (ii) regirá para Transferencias Electrónicas de Fondos no reversible no autorizadas por el Titular del Riesgo, y está limitada al número de Eventos y Límites máximos por evento señalados en la Carátula de la Póliza.

Para hacer efectiva esta cobertura, el Titular del Riesgo dispone de un máximo de 60 (sesenta) días naturales, contados a partir de la fecha de corte mensual de la cuenta respectiva del Titular del Riesgo, en donde aparezca la(s) transacción(es) no autorizada(s).

El Titular del Riesgo deberá comprobar fehacientemente la no autorización de la operación mediante una denuncia presentada ante el Ministerio Público, autorizando a la Aseguradora a solicitar todo tipo de evidencia para comprobar dicha operación. Asimismo, el Titular del Riesgo se obliga a proporcionar los elementos que le sean solicitados por las autoridades que intervengan en la atención de la denuncia con la finalidad de integrar debidamente la Carpeta de Investigación.

La Suma Asegurada por Evento, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura incluye las pérdidas que el Titular del riesgo sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños Patrimoniales derivados de la pérdida o robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
2. **Daños Patrimoniales causados por empleados del Emisor.**
3. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar). Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos de las transferencias no reconocidas conforme a lo establecido por la cobertura.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos de las transferencias no reconocidos realizados como consecuencia del Evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Compras Fraudulentas por Internet o por Teléfono

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite las Tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del riesgo.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito, débito físicas o digitales operadas por el Emisor, las cuales el titular o una persona adicional autorizado por el titular, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de este seguro sólo estarán amparadas las Tarjetas del Asegurado Titular que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tengan cobertura y estén aseguradas las Tarjetas Adicionales será necesario que así lo solicite el Asegurado Titular a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas Adiciones en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Correspondrá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño Patrimonial que sufra el Titular del riesgo por compras efectuadas vía internet o vía telefónica mediante el Uso indebido, por parte de un tercero, de la(s) Tarjeta(s) del Titular Riesgo y/o las Tarjetas adicionales.

La Suma Asegurada por Evento, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura sólo ampara las pérdidas que el Titular del riesgo sufra dentro de los 60 (sesenta) días previos al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán compras efectuadas vía Internet o vía telefónica realizadas en el territorio nacional y/o internacional salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños Patrimoniales derivados de la pérdida Extravío o Robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
2. **Pérdidas cuando el Uso Indebido o Fraudulento de las Tarjetas haya sido realizado por los empleados del Emisor de las Tarjetas.**
3. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por la cobertura.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del Evento.
- Reporte Aviso de Bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Uso Indebido o Fraudulento de Cheques producto de Asalto, Hurto o Extravío

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o Tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Cheque: Título de crédito nominativo o al portador, en cuyos términos el Titular del riesgo da a la Institución Bancaria una orden incondicional de pagar una suma determinada de dinero con cargo a los fondos que éste mantiene en la cuenta contratada con la Institución Bancaria y que es objeto de este contrato de seguro. **No se incluyen cheques de viajero.**

Emisor: Es la Institución Bancaria señalada en la Carátula que emite cheques al Titular del Riesgo, ya sea por una cuenta de ahorro, corriente o de débito.

Extravío: El hecho por el cual el Asegurado pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta y/o cheque, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

Institución Bancaria: Es cualquier Institución de Banca Múltiple, Institución de Banca de Desarrollo y/o Sociedades Financieras de Objeto Múltiple.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Correspondrá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Asegurado, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

En el Evento que el Titular del riesgo reporte pérdidas de dinero por la utilización de uno o más Cheques, como consecuencia de Asalto, Hurto o Extravío, la Compañía se obliga a indemnizar los montos cobrados de manera fraudulenta durante las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo a la Institución Bancaria.

El límite máximo por Evento, el número de Eventos amparados y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Se cubrirá el Uso Indebido o Fraudulento realizado en todo el territorio nacional salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Daños Patrimoniales derivados del Extravío o Robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
2. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido generadas por el Asalto, Hurto o Extravío realizado por el empleado del Emisor de los Cheques o haya estado coludido en el siniestro.**
3. **Todo Robo, Hurto o Extravío de Cheques o de formularios de cheques en los que conste la firma auténtica del Asegurado, así demostrado y declarado judicialmente.**
4. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de los Cheques al Titular del riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida por el Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los movimientos correspondientes conforme a lo establecido por la cobertura, que indique los detalles de los Cheques utilizados de manera fraudulenta.
- Copia del estado de cuenta o pantalla del Emisor correspondiente donde se vean reflejados los cargos no reconocidos de la institución bancaria correspondiente.
- Reporte con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta de la institución bancaria.
- Copia de los cheques cobrados de manera fraudulenta.
- En el Evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder notarial en original o copia certificada, adjuntando la identificación oficial vigente del apoderado.

Cobertura de Utilización Forzada de Aplicaciones o Billetera Digital

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Dispositivo Móvil: Teléfono celular o tableta electrónica, con número de serie electrónico e IMEI únicos y que están asociados a una persona para realizar diversas operaciones y se diferencian entre sí por la marca, modelo, capacidad, color y operadora con la que se ha contratado el servicio de telefonía y/o internet.

IMEI (Por sus siglas en inglés International Mobile Equipment Identity): Código pregrabado en los dispositivos móviles GSM. Este código identifica a la Propiedad Asegurada de forma exclusiva a nivel mundial, y es transmitido por el aparato a la red al conectarse a ésta. El IMEI permite funciones como el bloqueo de terminales móviles en caso de robo, para lo cual simplemente se tendrá que notificar el IMEI del móvil a la operadora de telefonía para que proceda su bloqueo y así pueda impedirse la comunicación desde ese dispositivo mediante el bloqueo de llamadas.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado hasta la Suma Asegurada el Daño Patrimonial que éste sufra si es obligado por coacción física a realizar una transferencia o compra utilizando Tarjetas y/o cuentas registradas en aplicaciones con los métodos de pagos digitales o billeteras digital durante el robo del Dispositivo Móvil.

La Compañía responderá solamente por el monto cuantificable de una transferencia o compra siempre que el Evento cubierto, ocurra dentro de un periodo que no podrá ser superior a las 12 horas previas de haber bloqueado el IMEI del Dispositivo Móvil, o la línea telefónica o la fecha de la denuncia sellada y certificada ante el Ministerio Público, lo que ocurra primero, salvo que se indique un tiempo diferente en la Carátula de Póliza.

Esta cobertura está sujeta al número de Eventos señalados en la Carátula de la Póliza y a la Suma Asegurada, en el entendido que se agota la cobertura una vez que se agoten el número de Eventos al año o la Suma Asegurada por cobertura, lo que ocurra primero.

La territorialidad se especificará en la Carátula de la Póliza.

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copias certificadas de la carpeta de investigación ante el Ministerio Público que indique la fecha y hora del Robo del Dispositivo Móvil y en donde se valide la hora exacta del o lo(s) movimiento(s) forzado(s) realizados declarados para la reclamación de esta cobertura.
- Pantallas, recibos y/o comprobantes digitales realizados, que acrediten el monto y la hora en la que realizó el uso forzado de la cuenta digital del Asegurado, hoja de movimientos bancarios realizados registrados desde su aplicación u otro documento oficial que contenga los logotipos y autentique al dueño de la cuenta bancaria que ha originado la reclamación.
- Se requieren los movimientos bancarios realizados de los 3 meses previos a través de la plataforma en la cual se realizaron las transacciones reclamadas.

- Reporte de bloqueo o cancelación del IMEI del dispositivo móvil o teléfono inteligente ante la Compañía telefónica contratada.
- Identificación por medio de factura o recibo, ticket o comprobante donde se pueda identificar el equipo telefónico robado (Modelo y número de Serie).

Cobertura de Robo de Identidad

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Usurpación de Identidad: Se da cuando una persona, se atribuya de la identidad de otra persona para hacerse pasar por dicha persona y cometer fraude(s) o para realizar conductas y/o acciones que resulten en engaños o que induzcan a una persona a caer en un error produciendo un Daño Patrimonial para sí o para otra persona.

Riesgo Cubierto

Se reembolsará al Asegurado los gastos comprobables realizados con motivo de la defensa judicial iniciada por el Asegurado con motivo de la Usurpación de Identidad, así como el pago, hasta el límite de la Suma Asegurada para esta cobertura, del Daño Patrimonial sufrido a consecuencia de una Usurpación de Identidad a partir del reporte ante la autoridad competente del uso no autorizado de la información de alguna de sus identificaciones oficiales Robada o Extraviada previamente.

El límite máximo por Evento, territorialidad, temporalidad, el número de Eventos amparados para esta cobertura, el Deducible y el Periodo de Carencia se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Todo Uso Malicioso de las Identificaciones Oficiales del Asegurado en el que participe directa o indirectamente, en calidad de autor, cómplice o encubridor de alguna de las siguientes personas:**
2. **El propio Asegurado; y/o, cualquier pariente del Asegurado, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado en toda la línea recta y colateral inclusive; y/o, él o la cónyuge del Asegurado.**
3. **No se reembolsarán los gastos de alimentos, hospedaje, transporte o viáticos a consecuencia de la defensa judicial.**
4. **Cualquier recargo, intereses o penas convencionales notificadas al Asegurado de las obligaciones contraídas con algún tercero.**
5. **Los honorarios y/o gastos diferentes a los relacionados a la defensa judicial del Asegurado.**
6. **Pérdidas patrimoniales derivadas de actos fraudulentos cometidos por el Emisor empleados o dependientes.**
7. **Gastos por reposición de cualquier documento oficial o no derivado de la Usurpación de Identidad.**
8. **Todo Daño Patrimonial que no derive de un Robo de Identidad denunciado ante el Ministerio Público o autoridad competente.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura.

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la Indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copias certificadas de la carpeta de investigación iniciada ante el Ministerio Público respecto al Robo de Identidad.
- Facturas por los gastos desglosados de defensa incurrido por el Asegurado derivado del Robo de Identidad.
- Documentos que soporten el Uso Indebido o Fraudulento de las Identificaciones Oficiales y/o el Daño Patrimonial al Asegurado por Robo de Identidad.

Cobertura de Ingeniería Social

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Emisor: Es la Institución Bancaria señalada en la Carátula que emite cheques al Titular del Riesgo, ya sea por una cuenta de ahorro, corriente o de débito.

Token: Dispositivo o sistema que genera claves de seguridad aleatorias y temporales para autentificar y autorizar operaciones.

Riesgo Cubierto

En caso de que el Asegurado sea víctima de un fraude y realice de manera voluntaria transferencias a la cuenta de un tercero o derivado de un engaño entregue de manera voluntaria y negligentemente sus contraseñas, nips, Tokens electrónicos o códigos de verificación se reembolsará hasta el monto real transferido de manera fraudulenta durante las 72 (setenta y dos) horas previas al aviso al Emisor, siempre limitado a la Suma Asegurada, territorialidad, número de Eventos amparados y Deducible que se indiquen en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “Daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Todo Uso Malicioso de contraseñas, NIPS, Tokens electrónicos o códigos de verificación del Asegurado en el que participe directa o indirectamente, en calidad de autor, cómplice o encubridor de alguna de las siguientes personas:**
El propio Asegurado; y/o, cualquier pariente del Asegurado, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado en toda la línea recta y colateral inclusive; y/o, él o la cónyuge del Asegurado.
2. **No se reembolsarán las transferencias realizadas desde una cuenta distinta a la cuenta personal del Asegurado.**
3. **Cualquier transferencia que realice el Asegurado a un tercero en el que se le prometa una cantidad significativa de dinero, a cambio de un pago por adelantado que se realice mediante transacción electrónica.**

4. No se reembolsarán transferencias realizadas a cuentas de personas a las que se comprueben movimientos previos.
5. No se amparan transferencias que realice el Asegurado por abuso de confianza.
6. No se amparan engaños fuera de la temporalidad establecida en la Carátula de la Póliza contratada.
7. Cuando el Asegurado no cuente con forma de acreditar que el monto transferido era de su propiedad o cuentas bancarias.
8. Cuando las transferencias no se hayan realizado por el Asegurado.
9. Utilización forzada de Aplicaciones o Billetera Digital.

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura.

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del riesgo. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copias certificadas de la carpeta de investigación ante el Ministerio Público con la narrativa de hechos que indique la fecha y hora de las transacciones, números telefónicos y cuentas bancarias donde se realizó el depósito o transferencia.
- Documentos, capturas de pantalla de conversaciones, mails o cualquier evidencia que soporte el motivo por el cual se realizó la transacción o depósito.
- Estado de cuenta de los 3 meses previos al evento, de las cuentas bancarias a nombre del Asegurado (en caso de Transferencias).
- En caso de aplicar, si los movimientos se realizaron a través de una plataforma digital, se requieren los movimientos realizados de los 3 meses previos a través de ésta.
- Historial de llamadas donde se identifique fecha, hora y la duración de la llamada recibida por el Asegurado.
- En caso de depósito a una cuenta que no sea de Institución Bancaria, se requiere el documento que acredite el monto y la cuenta a la que fue depositado, los datos anteriores deberán coincidir con los indicados en el acta ante Ministerio Público.

Cláusula 3^a. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños**La Compañía no otorgará cobertura por:**

1. Daños en donde exista participación del Titular del riesgo, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado.
2. Pérdidas ocurridas como consecuencia de situaciones de invasión, actos de guerra, terrorismo, rebelión, motín o insurrección civil.
3. Daños patrimoniales ocurridos a consecuencia de terremoto, meteorito, maremoto, erupción volcánica, tornado, vendaval, huracán o ciclón, granizo o inundación.
4. Las pérdidas que tengan relación con reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
5. Hechos ocurridos y/o conocidos antes del inicio de vigencia de este Contrato de Seguro.
6. Cuando las pérdidas sean a consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.

Sección de Accidentes y Enfermedades

Cláusula 1^a. Definiciones Generales aplicables a esta Sección

Los siguientes términos únicamente son aplicables a las coberturas de Accidentes y Enfermedades y tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

1. Accidente: Significa todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o la muerte del Asegurado de manera inmediata o dentro de los 90 (noventa) días naturales 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 derivadas de un mismo Accidente, serán consideradas como un solo siniestro.

2. Asegurado: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que ha quedado protegida por las coberturas de Accidentes y Enfermedades que expresamente se señalan en la Carátula de la Póliza.

3. Beneficiario: Significa la persona que tiene derecho a recibir el pago de la Suma Asegurada respecto de las coberturas de Accidentes y Enfermedades contratadas.

Para las coberturas de Accidentes y Enfermedades el Beneficiario es el propio Asegurado, excepto por:

- a) Las secciones o coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Público y Muerte Accidental por Asalto, en donde el(s) Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) expresamente designada(s) por el Asegurado y que aparecen con tal carácter en la Carátula de la Póliza;
- b) La sección o cobertura de Gastos Funerarios por Accidente en donde el Beneficiario será el primer Deudo (según se define en la sección de Gastos Funerarios) que compruebe haber incurrido en gastos relacionados con el fallecimiento del Asegurado.

4. Diagnóstico: Significa la valoración o la calificación que un Médico Especialista realiza del padecimiento, afectación a la salud o Enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de dichos padecimientos, afectaciones o Enfermedades, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.

5. 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.

6. Enfermedad Congénita: Significa aquella Enfermedad que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

7. 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 de la Póliza;
- B. En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia de la Póliza o del inicio de cobertura;
- C. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como Signo, cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o 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 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:

- i. 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.

- ii. 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.

8. Especialista: Significa el Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar Diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades o afectaciones a la salud que se especifican dentro de este Contrato de Seguro y que adicionalmente cuente con una cédula, autorización o licencia emitida por las autoridades competentes, respecto de la especialidad médica que corresponda.

9. 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.

10. Práctica Profesional de Cualquier Deporte: Significa aquella actividad desarrollada por una persona que se dedica voluntaria y habitualmente a una disciplina / actividad deportiva a cambio de una retribución económica dentro de una organización privada o pública, formando parte de su modus vivendi - forma de vida.

Cláusula 2^a. Especificación de Coberturas

Cobertura de Muerte Accidental

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará, al Beneficiario designado, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro (Accidente).

Exclusiones

El seguro no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental sea efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- b) Accidentes que se originen por participar en:
 - i. Actos de guerra, rebelión o insurrección;
 - ii. Riñas, cuando el Asegurado sea el provocador;
 - iii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

- c) Esta Póliza no ampara la muerte accidental que se origine por participación del Asegurado en actividades como:
 - i. Servicio militar;
 - ii. Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de Pasajeros;
 - iii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo;
 - iv. Como conductor o Pasajero de motocicletas y vehículos de motor similares, acuáticos o terrestres; y
 - v. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
- d) Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; y
- e) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción.
- Identificación oficial del Asegurado, solo si contase con ella.
- Designación de Beneficiarios (adjunto en la Póliza), si contasen con éste.

En caso de ser Asegurado adicional o aparecer como Beneficiario incluir:

- Acta certificada de nacimiento (hijos) o acta de matrimonio certificada (cónyuge).
- Copia certificada de la carpeta de investigación de la autoridad competente.

Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. **Transporte Público:** Significa el transporte colectivo de pasajeros, sujeto a rutas preestablecidas y que requiere de concesión o autorización por parte del gobierno Federal y/o Estatal y/o Municipal. Para efectos de este seguro únicamente se considerarán como Transportes Públicos (i) los vehículos terrestres urbanos, sean mecánicos y/o eléctricos, destinados a transportar a las personas dentro de una misma ciudad o zona conurbada **sin incluir**

transportes a los que se accede a través de aplicaciones de conexión entre pasajeros y conductores; (ii) los autobuses destinados a transportar a las personas de una ciudad a otra; (ii) líneas áreas comerciales autorizadas legalmente para el transporte aéreo regular de pasajeros. **Cualquier tipo de Transporte Público no expresamente nombrado en esta definición, no se encuentra cubierto por este seguro, incluyendo sin limitar los transportes privados, motocicletas, vehículos rentados, vehículos acuáticos, ferrocarriles y cualquier vehículo no motorizado.**

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, cuando durante la vigencia de la Póliza, ocurra el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo, mientras esté viajando como pasajero en Transporte Público incluyendo todo el proceso de viaje es decir, traslados, abordaje, ascenso y descenso o mientras esté subiendo o descendiendo de cualquier Transporte Público terrestre, fluvial o aéreo comercial.

Exclusiones

Este seguro no cubre la muerte accidental del Asegurado ocurrida en Transporte Público cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) Que tengan lugar después de 90 (noventa) días naturales de ocurrido el Accidente;
- b) Accidentes que no tengan lugar cuando el Asegurado este viajando como pasajero o mientras esté subiendo o descendiendo de cualquier Transporte Público;
- c) Accidentes que sufra el Asegurado como consecuencia de cualquier clase de participación en actividades de aviación, salvo cuando viaje como pasajero en línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros;
- d) Accidentes de tránsito por culpa grave del Asegurado cuando éste sea el conductor y se encuentre bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- e) Participación activa del Asegurado en competencias o pruebas de velocidad o resistencia de vehículos de motor en calidad de conductor o acompañante, tales como, pero no limitados a motocicleta, motoneta o vehículo similar, tanto en prácticas como profesional o aficionado;
- f) Participación del Asegurado en riñas, cuando éste sea el provocador, así como en actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado;
- g) Accidentes o lesiones sufridas por el Asegurado en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción

- Identificación oficial del Asegurado, solo si contasen con ella
- Designación de Beneficiarios (adjunto en la Póliza), si contasen con éste.

En caso de ser Asegurado adicional o aparecer como Beneficiario incluir:

- Acta certificada de nacimiento (hijos) o acta de matrimonio certificada (cónyuge).

En caso de muerte accidental:

- Copia certificada de la carpeta de investigación de la autoridad competente.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

En caso de tener amparada la cobertura de Muerte Accidental, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios la suma asegurada de ambas coberturas, cuando así proceda.

Cobertura de Muerte Accidental por Asalto

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

2. Robo: Delito que se da cuando una persona se apodera de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley.

3. Robo Con Violencia: Se entenderá como aquel Robo cometido en contra del Asegurado, que se haya dado con violencia física y/o moral, mismas que se distinguen de la siguiente manera:

- a) Se entiende por violencia física en el Robo: La fuerza material que para cometerlo se hace a una persona.
- b) Hay violencia moral en el Robo: cuando el ladrón amaga o amenaza a una persona, con un mal grave, presente o inmediato, capaz de intimidarlo.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, cuando durante la vigencia de la Póliza, ocurra el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Asalto y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo.

Exclusiones

Este seguro no cubre la muerte accidental del Asegurado por Asalto cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) **Muerte accidental como consecuencia o resultado de una acción o circunstancia distinta a un Asalto.**
- b) **Participación del Asegurado como autor, cómplice o encubridor en el Robo o Asalto.**
- c) **Muerte Accidental como consecuencia de cualquier acto intencional por parte de un**

- heredero legal del Asegurado que ocasione la muerte al Asegurado. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de un arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.**
- d) Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
 - e) Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; y
 - f) Accidentes derivados de riña provocada por el Asegurado y actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción.
- Identificación oficial del Asegurado, solo si contase con ella.
- Designación de Beneficiarios (adjunto en la Póliza), si contasen con éste.

En caso de ser Asegurado adicional o aparecer como Beneficiario incluir:

- Acta certificada de nacimiento (hijos) o acta de matrimonio certificada (cónyuge).
- Copia certificada de la carpeta de investigación de la autoridad competente.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

En caso de tener amparada la cobertura de Muerte Accidental, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios la suma asegurada de ambas coberturas, cuando así proceda.

Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Deducible: Significa el porcentaje o cantidad fija con la cual el Asegurado participa del riesgo. El Deducible se especifica en la Carátula de la Póliza y su pago correrá a cargo del Asegurado, debiendo ser liquidado por éste a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

2. Prótesis: Significa aquellos mecanismos sustitutos hechos por el hombre para reemplazar funcional y/o estéticamente las partes faltantes del cuerpo humano.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado requiriera someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los gastos en los que incurra el Asegurado por los mencionados conceptos, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y según las reglas de indemnización (limitaciones) que más adelante se detallan. El pago de la indemnización se realizará previa liquidación del Deducible por parte del Asegurado y previa comprobación de los gastos erogados por parte de éste.

El reembolso de gastos médicos se encuentra limitado a la totalidad de la Suma Asegurada contratada y especificada en la Carátula de la Póliza, salvo por las siguientes limitaciones:

1. Los gastos que resulten de aparatos de Prótesis, dental o de cualquier otra clase, se cubren hasta el límite máximo del 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada contratada;
2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta el límite máximo del 5% (cinco por ciento) de la Suma Asegurada contratada.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos antes señalados, disminuyen proporcionalmente la Suma Asegurada contratada.

No están cubiertos los gastos médicos erogados en razón de la atención médica de personas distintas al Asegurado.

La Compañía únicamente cubrirá los honorarios de Médicos y enfermeras graduados y oficialmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

Límite de Pago de Siniestros

La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de los siniestros ocurridos dentro de la vigencia del seguro, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

1. El agotamiento de la Suma Asegurada;
2. El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la Carátula de la Póliza; o
3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Compañía

En caso de duda en cuanto al reconocimiento de la procedencia de reembolso de un gasto médico realizado, la Compañía podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del siniestro.

El Asegurado se obliga a autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios Médico-Hospitalarios que participaron en su atención, para que provean la información solicitada por el personal de la

Compañía. La información proporcionada y tratada por la Compañía con motivo de dicha investigación, será manejada y resguardada con los más altos estándares de seguridad y confidencialidad en términos de la regulación aplicable respecto de la confidencialidad de la información y el tratamiento de datos personales sensibles.

Los resultados obtenidos en la investigación estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante. Los gastos derivados de la investigación médica correrán a cargo de la Compañía.

Otros Seguros

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

Exclusiones

Este seguro no cubre el reembolso de gastos médicos por Accidente del Asegurado, cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) Abortos, con excepción de los que acontezcan como resultado de un Accidente.
- b) Accidentes acuáticos o que ocurran mientras el Asegurado practique actividades de playa (paracaídas de playa, moto acuática, sky acuático).
- c) Accidentes originados por la práctica de buceo cuando no se cuente con la licencia respectiva y/o no se esté bajo supervisión de instructores capacitados y/o la inmersión sea superior a 40 metros.
- d) Los anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- e) Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en Accidentes, cualquiera que sea su causa.
- f) Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un Accidente.
- g) El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.
- h) El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de Prótesis.
- i) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- j) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
- k) Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente.
- l) Honorarios médicos cuando el Médico tratante sea familiar directo del Asegurado.
- m) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- n) Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
- o) Lesiones autoinfligidas o intento de suicidio, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- p) Lesiones ocasionadas directamente por el Asegurado, actos delictivos ocasionados por el Asegurado o con participación intencional por parte de él.
- q) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra (declarada o no), insurrección, revolución o rebelión.
- r) Lesiones que sufra el Asegurado al viajar como pasajero, piloto, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial

- legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- s) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
 - t) Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
 - u) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en alborotos populares.
 - v) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar directamente en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 - w) Lesiones sufridas por el Asegurado al practicar alpinismo, montañismo, paracaidismo, buceo, espeleología, equitación, charrería, artes marciales, boxeo, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, deportes aéreos y cacería.
 - aa) Lesiones sufridas por el Asegurado al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo.
 - bb) Los costos que correspondan al donador de órganos, si a consecuencia del accidente sea necesario el trasplante de algún órgano, aun cuando el Asegurado pague dichos costos.
 - cc) Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
 - dd) Tratamientos, lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades Preexistentes, así como sus consecuencias y complicaciones.
 - ee) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
 - ff) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
 - gg) Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
 - hh) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
 - ii) Cualquier evento, accidente, enfermedad, padecimiento o intervención quirúrgica que ocurra o pueda surgir en relación con la atención de padecimientos, tratamientos médicos o quirúrgicos, enfermedades, lesiones, afecciones, intervenciones o eventos, que no son consecuencia directa de un evento cubierto por este seguro o que estén expresamente excluidos por el mismo, o por Accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza, así como sus causas y/o complicaciones.

Documentos para el Pago de la Indemnización

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre

del Asegurado.

- Copia certificada de la carpeta de investigación correspondiente o autoridad que conozca del accidente.
- Formato de informe médico llenado por el médico tratante, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de gastos médicos, si los gastos fueron realizados en el extranjero, documentos con los que se acredite el gasto.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Día de Hospitalización: Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

2. 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 titulado 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 esta sección no se considerará como Hospital a 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, termales 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.

3. Periodo de Hospitalización: Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

4. Periodo Máximo de Beneficio: Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médica mente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y (iii) se realice en un Hospital.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización, por lo que:

1. La indemnización o renta diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio;
2. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización; y
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso posterior al Periodo Máximo de Beneficio.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

- A. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y
 - ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
- B. Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - a) Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas;
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado;
 - c) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y
 - d) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
- C. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental;
- D. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente;
- E. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza;
- F. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- G. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente;
- H. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales;
- I. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental;

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
- Constancia de hospitalización (documento proporcionado por el hospital).

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, **liberará a la Compañía de cualquier obligación**.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Significa la pérdida total y permanente de facultades o aptitudes del Asegurado, cuyo origen sea derivado de un Accidente, que lo imposibilite a procurarse al menos el 75% (setenta y cinco por ciento) de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez, mediante el desempeño de su trabajo habitual.

Se entiende por **pérdida de las manos**, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana 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.

En caso de que el Accidente que provoque el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de un Accidente e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando al momento del siniestro, la Póliza haya estado vigente.

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 el apartado denominado Documentos para el Pago de la Indemnización de esta Sección, el dictamen de **Invalidez Total y Permanente por Accidente** avalado por una institución o Médico con cédula profesional, certificados y Especialistas en la materia, 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 por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, 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.

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

Solo será procedente la invalidez total y permanente que sea ocasionada por el accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

Exclusiones

Este seguro no cubre la **Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado, cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:**

- a) **Por Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección;
 - ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado;
 - iii. Riña provocada por el Asegurado.
- b) **Este seguro no ampara Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
 - i. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de Pasajeros;
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo;
 - iii. Conductor o Pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares;
 - iv. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo;
 - v. La Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
- c) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometiera en estado de enajenación mental;**

- d) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente;
- e) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental;
- f) Invalidz Total y Permanente por Accidente cuando la misma se derive de la participación del Asegurado como sujeto activo en terrorismo o actos de terrorismo, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada);
- g) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- h) Accidentes ocurridos previos al inicio de vigencia de la Póliza que por su naturaleza conlleven a la Invalidz Total y Permanente del Asegurado durante la vigencia de la misma o que derivado de los cuales la invalidez se hubiere pronosticado antes del inicio de vigencia de esta Póliza.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Dictamen de invalidez o incapacidad médica (otorgado por el médico o institución que atendieron al Asegurado, junto con el expediente clínico y exámenes realizados).
- Copia certificada de la carpeta de investigación del ministerio público o autoridad que conozca del accidente.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Gastos Funerarios por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Deudo: Significa la persona que tenga algún grado de parentesco ya sea consanguíneo o por afinidad con el Asegurado fallecido.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado fallece, la Compañía reembolsará hasta la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de Póliza, los gastos funerarios en que incurra el primer Deudo que compruebe, a través de facturas y cualquier comprobante fiscal, que realizó erogaciones para cubrir los servicios funerarios y trámites derivados del fallecimiento del Asegurado.

Exclusiones

El seguro no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando los gastos funerarios por muerte accidental sea efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) **Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;**
- b) **Accidentes que se originen por participar en:**
 - i. **Actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - ii. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) **Esta Póliza no ampara los gastos funerarios por muerte accidental que se origine por participación del Asegurado en actividades como:**
 - i. **Servicio militar;**
 - ii. **Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de Pasajeros;**
 - iii. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo;**
 - iv. **Como conductor o Pasajero de motocicletas y vehículos de motor similares, acuáticos o terrestres; y**
 - v. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**
- d) **Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental; y**
- e) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción.
- Identificación oficial del Asegurado, solo si contase con ella.
- Designación de Beneficiarios (adjunto en la Póliza), si contasen con éste.

En caso de ser Asegurado adicional o aparecer como Beneficiario incluir:

- Acta certificada de nacimiento (hijos) o acta de matrimonio certificada (cónyuge)
- Copia certificada de la carpeta de investigación de la autoridad competente

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Pérdidas Orgánicas

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

En caso de que el Asegurado, con motivo directo de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días naturales a la fecha del mismo, sufriera cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas en esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, 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.

ESCALA A	
Escala de indemnización	
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%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Para efectos de esta cobertura se entenderá por:

- I. Pérdida de la mano: la mutilación, anquilamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- II. Pérdida del pie: la mutilación completa, anquilamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- III. Pérdida de los dedos: la mutilación, anquilamiento 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); y
IV. Pérdida de los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Responsabilidad Máxima

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las pérdidas orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnizaciones.

Exclusiones

- a) Accidentes que se originen por la participación de Asegurado en:
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución;
 - ii. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado;
 - iii. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, Pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas por la transportación regular de Pasajeros;
 - iv. Carreras, pruebas o contenidas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto acompañante;
 - v. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o Pasajero, excepto si es ocasional o amateur;
 - vi. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo;
 - vii. Riña, cuando él la haya provocado; y
 - viii. Cualquier forma de navegación submarina.
- b) El seguro no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando las pérdidas orgánicas sufridas por el Asegurado no sean a consecuencia de un accidente cubierto.
- c) Lesiones autoinflingidas o intento de suicidio
- d) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- e) Pérdida orgánica que se manifieste con posterioridad a 90 días después de ocurrido el Accidente.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.

- Historia clínica completa, amplia y detallada (proporcionada por el médico y debe incluir: antecedentes personales y patológicos, evolución de padecimiento y estado actual).
- Copia certificada de la carpeta de investigación del ministerio público o autoridad que conozca del accidente.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Fractura de Huesos

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Cuerpo Vertebral: Significa la porción más voluminosa de la vértebra, la que contribuye en primer término a dar a la columna vertebral su solidez y resistencia.

2. Fractura: Significa la pérdida de la continuidad del tejido óseo de un Hueso amparado conforme a esta cobertura y las secciones expresamente contratadas y especificadas en la Carátula de la Póliza. En términos de este seguro no se considerarán Fracturas a aquellas lesiones que no cuenten con una separación completa de todo el espesor del hueso, por lo cual no estarán amparadas las fisuras y las fracturas en tallo verde. Entiéndase por fisura y fractura en tallo verde aquella rotura del hueso que NO produce la pérdida de la continuidad ósea.

3. Huesos: Significa cada una de las piezas duras de tejido óseo que forman el esqueleto humano, sin incluir cartílagos y ligamentos.

4. Osteoporosis: Significa la Enfermedad que afecta a los huesos y está provocada por la disminución de la masa ósea que los forma.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente el Asegurado sufriera lesiones corporales que resulten en la Fractura de algún Hueso, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de Póliza.

En caso de Fracturas múltiples de un mismo Hueso, como resultado del mismo Accidente, el beneficio se aplicará solo una vez a cada Hueso fracturado.

La cobertura de Fractura de Huesos está integrada por tres secciones diferentes. El Contratante y/o Asegurado podrán contratar una, dos o tres de las secciones, las cuales estarán determinadas como amparadas en la Carátula de Póliza, en el entendido que si se presentare la Fractura de 2 o más Huesos de una misma sección, la Compañía sólo pagará la Suma Asegurada correspondiente a un Hueso de dicha sección, no obstante lo anterior en caso de que se presentare una Fractura de 2 o más Huesos y los mismos correspondan a secciones distintas, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente por sección. Estas secciones especifican el detalle de huesos amparados por cada una. En la Carátula de Póliza se especificarán las secciones contratadas.

A. Sección I

1. Peroné;
2. Huesos de la mano: únicamente metacarpo, **excluyendo falanges**;
3. Huesos del pie: únicamente metatarsianos, **excluyendo falanges**;
4. Coxis;
5. Una costilla; y
6. Huesos propios de la nariz, **excluyendo cartílagos**.

B. Sección II

1. Vértebra, **excluyendo Cuerpo Vertebral**;
2. Tibia;
3. Mandíbula inferior;
4. Esternón;
5. Dos o más costillas;
6. Clavícula;
7. Omóplato;
8. Rótula;
9. Tarsianos
11. Humero, Radio y cúbito; y
12. Huesos del carpo.

C. Sección III

1. Fémur;
2. Cuerpo Vertebral **a excepción del coxis**;
3. Pelvis; y
4. Cráneo (incluidos los huesos faciales), **excluyendo la mandíbula inferior**.

Exclusiones

La cobertura a que se refiere esta sección no ampara la Fractura de Huesos que se derive de lo siguiente:

- a) **Fractura de Huesos a consecuencia de la realización de un acto ilegal por parte del Asegurado, así como cuando la Fractura sea a consecuencia de riña, siempre y cuando el Asegurado la haya provocado;**
- b) **Fractura de Huesos como consecuencia de una infección bacteriana o viral, excepto cuando es el resultado directo de una lesión corporal accidental;**
- c) **Fractura de Huesos a causa de Osteoporosis o cáncer en los huesos;**
- d) **Fractura de Huesos en los dedos (falanges) de las manos y de los pies;**
- e) **Cualquier Fractura de Huesos que no se encuentre expresamente nombrado en la lista de Huesos descritos en cada una de las secciones de esta cobertura; y**
- f) **Cualquier Fractura de Huesos que, no obstante, estén descritos en este seguro, pertenezcan una sección no contratada, según lo establecido en Carátula de Póliza.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).

- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Formato de informe médico llenado por el médico tratante, el cual será proporcionado por la Compañía
- Facturas de gastos médicos generados con motivo del siniestro.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Enfermedades Graves

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

Periodo de Espera: Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Enfermedades Graves. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Enfermedades Graves será establecido en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

Una vez transcurrido el Periodo de Espera y encontrándose vigente de manera ininterrumpida la Póliza, iniciarán los efectos de la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza, en caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante, siempre que dicha Enfermedad sea diagnosticada durante la vigencia de la Póliza. **La Compañía únicamente indemnizará a la ocurrencia de la primer Enfermedad Grave que se presente en la vida del Asegurado, por lo que esta cobertura quedará automáticamente cancelada al presentarse el pago de la indemnización respectiva por la ocurrencia de la primer Enfermedad Grave de las que se listan a continuación.**

Las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta sección son las siguientes:

1. Cáncer

1.1. Definición de Cáncer

Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento, expansión incontrolada, invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin.

Para efectos de este Contrato de Seguro, no se considerará Cáncer y por lo tanto no estará cubierto por este seguro: (i) la etapa temprana de Cáncer clasificada como “Cáncer o Carcinoma In Situ”; (ii) los carcinomas de la piel, los basocelulares y espinocelulares, así como las células escamosas; y (iii) sarcoma de Kaposi.

1.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es diagnosticado de Cáncer por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Cáncer ha sido diagnosticado por primera vez en la vida del Asegurado cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento de Cáncer, de cualquier tipo, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

1.3. Exclusiones aplicables

- a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas y/o Cáncer preexistente;
- b) Los tumores benignos;
- c) Las displasias y lesiones pre-cancerígenas;
- d) Cualquier Cáncer del tipo “in situ”, entendido como tal aquel que se encuentre encapsulado y que se define como la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal;
- e) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares y células escamosas, con excepción del melanoma, que sí está cubierto por este seguro;
- f) Sarcoma de Kaposi; y
- g) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico legalmente autorizado.

2. Infarto Agudo al Miocardio

2.1. Definición de Infarto Agudo al Miocardio

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o de una ramificación de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El Diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por los siguientes puntos:

- a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del Infarto Agudo al Miocardio dentro de las 24 (veinticuatro) horas anteriores a dicha hospitalización; y
- b) Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de Enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones y diaforesis (sudoración excesiva); y
- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

2.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado un Infarto Agudo al Miocardio por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con un Infarto Agudo al Miocardio, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Infarto Agudo al Miocardio, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

2.3. Exclusiones aplicables

- a) **Infarto Agudo al Miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia del uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado; e**
- b) **Infarto Agudo al Miocardio cuando el Asegurado presente alguna de las siguientes Enfermedades Preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:**
 - i. **Diabetes mellitus tipos 1, 2 e idiopática;**
 - ii. **Hipertensión arterial;**
 - iii. **Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (imc) mayor a 30 unidades kg/e², según los criterios de la Organización Mundial de la Salud.**

3. Apoplejía

3.1. Definición de Apoplejía

Significa cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 (veinticuatro) horas, que sean de naturaleza permanente y que incluya alguna de las siguientes 3 (tres) características:

- a) Infarto del tejido cerebral;
- b) Hemorragia de un caso intracraneal; y
- c) Embolia de puente extracraneal

3.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada una Apoplejía por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Apoplejía, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Apoplejía, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El Diagnóstico a que se refiere esta Enfermedad Grave deberá realizarlo un Médico Especialista en neurología (urgenciólogo, internista, intensivista o cirujano vascular periférico), **el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen** (tomografías, resonancia magnética, angiorresonancia o doppler de carótidas).

3.3. Exclusiones aplicables

Ataques isquémicos transitorios.

4. Insuficiencia Renal Crónica

4.1. Definición de Insuficiencia Renal Crónica

Significa la Enfermedad renal crónica con insuficiencia irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica o trasplante renal o cualquier otro tratamiento médico que substituya la función del riñón o que corrija la condición de insuficiencia renal.

Este seguro también amparará a los Asegurados que no sean candidatos a tratamiento de sustitución de la función renal, siempre que dicha condición conste en el expediente clínico del Asegurado, firmado por un Médico Especialista en la materia.

4.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada una Insuficiencia Renal Crónica por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Insuficiencia Renal Crónica, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Insuficiencia Renal Crónica, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

4.3. Exclusiones aplicables

No está asegurada la Insuficiencia Renal Crónica en Asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha Enfermedad; sin embargo, si el Asegurado demuestra haber estado continuamente cubierto con un seguro de Enfermedades graves durante al menos 10 (diez) años en esta o cualquier otra Compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

5. Cirugía Coronaria

5.1. Definición de Cirugía Coronaria

Significa la cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo.

5.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a una Cirugía Coronaria, siempre que dicha cirugía resulte médicaamente necesaria y ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a una Cirugía Coronaria, cuando éste no haya sido intervenido quirúrgicamente por motivo de correcciones a las arterias coronarias, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

5.3. Exclusiones aplicables

La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia de la Póliza haya sido sometido a una Cirugía Coronaria, en la misma arteria coronaria afectada o en una arteria coronaria distinta.

6. Esclerosis Múltiple

6.1. Definición de Esclerosis Múltiple

Significa la Enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

6.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado Esclerosis Múltiple por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Esclerosis Múltiple, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Esclerosis Múltiple, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

6.3. Exclusiones aplicables

La Compañía no indemnizará por daño neurológico causado por lupus eritematoso sistémico.

7. Parálisis de Extremidades

7.1. Definición de Parálisis de Extremidades

Significa la pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, ya sea por Accidente o Enfermedad.

7.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada Parálisis de Extremidades por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Parálisis de Extremidades, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Parálisis de Extremidades, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

7.3. Exclusiones aplicables

- a) Parálisis ocasionada por Apoplejía;
- b) Parálisis ocasionada por Esclerosis Múltiple.

8. Trasplante de Órganos Vitales

8.1. Definición de Trasplante de Órganos Vitales

Significa la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función. Para efectos de este seguro, únicamente estará cubierto el trasplante de los órganos vitales que se enuncian de manera limitativa a continuación:

- 8.1.1 Corazón
- 8.1.2 Pulmón
- 8.1.3 Hígado
- 8.1.4 Páncreas
- 8.1.5 Riñón
- 8.1.6 Médula ósea

8.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, siempre que dicho trasplante resulte médicalemente necesario y ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, cuando éste no haya recibido un Trasplante de Órganos Vitales previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

8.3. Exclusiones aplicables

- a) La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia de esta Póliza haya sido sometido a un Trasplante de Órganos Vitales antes de la contratación de este seguro;
- b) Este seguro no ampara el Trasplante de Órganos Vitales cuando sea a consecuencia de un Accidente.

Limitación de cobertura aplicable a todas las Enfermedades Graves de esta Sección

- Este seguro únicamente cubre la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves antes enumeradas, la que ocurra primero y por primera vez en la vida del Asegurado, no

- habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la cancelación automática de la cobertura amparada por esta Sección.

Exclusiones generales aplicables a todas las Enfermedades Graves a que se refiere esta Sección

Esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la Enfermedad Grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas;
- b) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina;
- c) Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio;
- d) Enfermedad Grave originada como consecuencia de un Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un Médico;
- e) Enfermedades Graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- f) Enfermedades Graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:
 - i. Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de Pasajeros;
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo;
 - iii. Conducción de motocicletas u otros vehículos similares;
 - iv. Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - v. La Práctica Profesional de Cualquier Deporte;
 - vi. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes;
 - vii. Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros; y
 - viii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Formato de informe médico llenado por el médico tratante, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Expediente clínico y estudios médicos que compruebe el diagnóstico (Ej.: Resultado del estudio histopatológico, electrocardiograma, etc.).

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Día de Hospitalización: Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

2. 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 titulado 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 esta sección no se considerará como Hospital a 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, termales 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.

3. Periodo de Espera: Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio

de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad es el establecido en la Carátula de la Póliza.

4. Periodo de Hospitalización: Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

5. Periodo Máximo de Beneficio: Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad cubierta, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médica mente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Espera establecido en la Carátula de la Póliza; (iii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y (iv) se realice en un Hospital.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Espera y el Periodo de Hospitalización, por lo que:

1. La cobertura se encontrará activa una vez transcurrido el Periodo de Espera;
2. Superado el Periodo de Espera, la indemnización o renta diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio;
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso previo a alcanzar el Periodo de Espera y/o el Periodo de Hospitalización; y
4. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso posterior al Periodo Máximo de Beneficio.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

- a) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental;
- b) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones;
- c) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico;
- d) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal;
- e) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas;

- f) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales;
- g) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza;
- h) Enfermedades Preexistentes.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía);
- Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses);
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar);
- Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía);
- Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos);
- Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del Hospital;
- Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Indemnización Adicional por Terapia Intensiva

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

- 1. Día de Hospitalización:** Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
- 2. Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad y de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
- 3. Periodo Máximo de Beneficio:** Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de las coberturas de Indemnización Diaria por Enfermedad e Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
- 4. 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.

Riesgo Cubierto

Si derivado del uso de alguna de las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad o

Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente resulta médicaamente necesario el uso de la Unidad de Terapia Intensiva durante la hospitalización cubierta del Asegurado, la Compañía pagará una renta diaria adicional a la renta cubierta por las mencionadas coberturas, por cada día que el Asegurado haga uso de la Unidad de Terapia Intensiva.

Esta cobertura depende de y está ligada a las coberturas o secciones de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad e Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, por lo que operará bajo los mismos términos y condiciones que éstas respecto del Día de Hospitalización, Periodo de Espera (en su caso), Periodo de Hospitalización y Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

Para esta cobertura o sección serán aplicables las mismas exclusiones de la cobertura o sección de la cual depende, sea esta Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, adicionalmente a los documentos que el Asegurado deba presentar para hacer válidas las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, el Asegurado deberá presentar el informe médico que contenga la determinación de hacer uso de la Unidad de Terapia Intensiva, así como todos los detalles y circunstancias relacionadas con dicho evento; el referido informe deberá estar firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

1. Cáncer: Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma. **Para efectos de esta cobertura o Sección, no se considerará Cáncer y por lo tanto no estará cubierto por este seguro: (i) la etapa temprana de Cáncer clasificada como Cáncer o Carcinoma In Situ; (ii) los carcinomas de la piel, los basocelulares y espinocelulares, así como las células escamosas; y (iii) sarcoma de Kaposi.**

2. Cáncer In Situ: Significa el Cáncer encapsulado y que se define como la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal.

3. Periodo de Espera: Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho

a los beneficios de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer se establecerá en la Carátula de la Póliza.

4. Prueba Patológica: Significa todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del Diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de este seguro. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, si después de transcurrido el Periodo de Espera, al Asegurado se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer, conforme a la definición que del mismo se hace en esta cobertura o sección. Para efectos de esta cobertura, se entenderá que el Cáncer ha sido diagnosticado por primera vez en la vida del Asegurado cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento de Cáncer, de cualquier tipo, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El Diagnóstico de Cáncer debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber sido estudiada la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un Diagnóstico clínico deberá respaldarse con una Prueba Patológica. El Diagnóstico de Cáncer deberá ser emitido por un Médico Especialista en patología y/o histopatología y/o anatomopatológica.

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, en una sola exhibición y por única ocasión, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento de la ocurrencia del siniestro.

Con el pago de la Suma Asegurada por esta cobertura, la misma quedará cancelada automáticamente.

Exclusiones

- a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas;
- b) Tumores benignos;
- c) Displasias y lesiones pre-cancerígenas;
- d) Cualquier tipo de Cáncer In Situ;
- e) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares y células escamosas, con excepción del melanoma, que sí está cubierto por este seguro;
- f) Todo Cáncer que haya sido diagnosticado con anterioridad a la contratación de esta Sección;
- g) Sarcoma de Kaposi;
- h) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina.

Documentos para el Pago de la Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Formato de informe médico llenado por el médico tratante, el cual será proporcionado por la Compañía
- Expediente clínico incluyendo los estudios que comprueben el diagnóstico.
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).

- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

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 para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

Cobertura de Cirugía

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones que aplican a esta cobertura:

Cirugía o Acto Quirúrgico Amparado: Se entiende por cirugía amparada a una intervención quirúrgica realizada al asegurado con fines terapéuticos a través de una incisión y/o laparoscopía o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médica mente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de procedimientos múltiples realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, se considerará únicamente el beneficio correspondiente a la cirugía de mayor monto o uno de ellos si los montos son iguales.

La suma asegurada de la cobertura se reinstalará transcurridos seis (6) meses consecutivos contados a partir de la fecha de cirugía o acto quirúrgico procedente.

Cirujano: Profesionista que tiene el conocimiento médico con especialidad en cirugía general, debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente y legalmente autorizado para realizar cirugías en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

Condición Médica: Es cualquier enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

Diagnóstico: Es la calificación que un Médico Especialista realiza de la enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de la enfermedad, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.

Enfermedad o Padecimiento: Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado. La Cirugía por Enfermedad será cubierta en términos de este seguro siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea dentro de la vigencia de este contrato.

Enfermedad Congénita: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

Enfermedades Preexistentes: Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta 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 institución 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 sobre 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.

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

En caso de que el 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.

Cuando a juicio de la Aseguradora se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en 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.

Hospital: Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud o equivalente en el país donde se realizó la cirugía, de carácter público o privado para el diagnóstico y la atención médica y quirúrgica, de personas lesionadas o enfermas, que cuente con sala de intervención quirúrgica y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

Para fines de esta Póliza, el término hospital no incluirá ninguna institución que primordialmente sea un lugar para cuidados ambulatorios, una instalación para ancianos o alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, incluso si la institución está registrada como un hospital o clínica de reposo con las instalaciones adecuadas.

Hospitalización: Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

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 podrá ser familiar o pariente consanguíneo en línea directa y hasta el segundo grado, ni cónyuge, concubina(o) o conviviente de los Asegurados de este seguro.**

Médico Especialista: Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente para ejercer la medicina de su especialidad en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

Periodo de Espera: Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios amparados.

El periodo de espera no aplicará en caso de Accidentes.

Tiempo Quirúrgico: Tiempo continuo que el paciente se encuentra en la sala quirúrgica (quirófano) donde se realizará el acto quirúrgico indicado por el médico especialista para el tratamiento de una o varias Enfermedades o Padecimiento o a raíz de un Accidente, el cual inicia desde el monitoreo del anestesiólogo hasta que el paciente llega a la sala de recuperación posterior a la cirugía.

Riesgo Cubierto

La Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza para esta cobertura, en caso de que se le practique alguna cirugía derivada de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre que la Enfermedad sea diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la Póliza o el Accidente ocurra dentro de dicha vigencia.

Para que una cirugía a causa de una enfermedad se considere cubierta, el periodo de espera será de **sesenta (60) días, salvo cirugías a causa de enfermedad que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas: Amígdalas , Adenoides, Columna vertebral, Colecistitis, Cálculos biliares en la vesícula biliar y conductos biliares, Hemorroides, Fisura anal, Fístula anal y Prolapso rectal, Fibromas uterinos, Histerectomía, Sangrado uterino disfuncional, Prolapso uterino, Prolapso de cistocele, Prolapso de rectocele, Tumor o nódulo en las glándulas mamarias, Hidrocele, Varicocele y Espermatocèle, Crecimiento benigno de la próstata, Rodilla, Cálculos urinarios, Cálculo renal, Uréteres, Uretra, Vejiga, Hernias internas o de la pared abdominal, Evisceraciones espontáneas o postquirúrgicas, Tiroidectomía por bocio multinodular o nódulo tiroideo, Desviación del tabique nasal, Sinusitis, Válvulas Cardíacas y Enfermedades de las arterias coronarias, Accidente cerebrovascular (derrames) en donde el periodo de espera será de 12 (doce) meses consecutivos.**

En caso de cirugías que sean a consecuencia de un Accidente, no aplicará periodo de espera alguno.

El Asegurado, siempre y cuando tenga contratada la cobertura de Cirugías, podrá contratar los siguientes beneficios, los que estarán amparados en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente, cada beneficio tendrá la suma asegurada que le corresponda y el Contratante pagará una prima por cada uno de los que decida contratar:

1. Hospitalización

Si como consecuencia de la cirugía amparada el Asegurado tuviera que ser hospitalizado de manera continua mayor a cuarenta y ocho (48) horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno, la Compañía

pagará al Asegurado, adicionalmente hasta el 20% de la suma asegurada de la cobertura de Cirugía, la cual esta descrita en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

El beneficio de Hospitalización sólo será procedente cuando se ha realizado una cirugía cubierta.

2. Cirugías Alto Costo

La Compañía pagará al Asegurado adicionalmente hasta el 40% de la suma asegurada de la cobertura de cirugía, la cual esta descrita en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente, cuando se le practique alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:

a) Cirugía de corazón abierto

La cirugía de corazón abierto, que incluye la esternotomía o sección quirúrgica del esternón, es la seleccionada por el médico del Asegurado que puede ser cardiólogo, cardiocirujano, cirujano de tórax o hemodinamista cardiovascular, como el tratamiento más adecuado para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias o cualquier anormalidad estructural de las válvulas cardiacas o del corazón. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar pruebas de exploración y cirugía cardiaca realizada y los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete de la anormalidad estructural cardiaca motivo de la intervención.

b) Trasplante de órganos mayores

Es la cirugía de trasplante de órgano que se le realiza al asegurado en calidad de receptor del órgano transplantado, amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas, siempre que éste sea médicalemente necesario y realizada por un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la insuficiencia orgánica y funcional irreversible y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

c) Cirugía de aneurisma cerebral

Es la cirugía neurológica que se realiza con la apertura quirúrgica del cráneo (craniectomía), con la finalidad de reparar un aneurisma intracraneal o para extirpar una malformación vascular arterial o venosa. La intervención quirúrgica debe ser certificada como indispensable por parte de un Neurólogo o Neurocirujano. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

d) Cirugía de Injerto de Piel

Es la cirugía de injerto de la piel (del Asegurado o piel de banco) que fue considerada por el médico tratante que puede ser Traumatólogo, Internista, Intensivista o cirujano plástico reconstructivo, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de quemaduras de tercer grado (las que afectan todas las capas de la piel y exponen músculos, tendones y/o huesos) que en un mismo evento abarquen al menos el 20% del total de la superficie corporal.

Para indemnizar esta cirugía es indispensable presentar, por parte del médico tratante, la confirmación del diagnóstico y las gráficas clínicamente aceptadas y estandarizadas demostrativas de la superficie total afectada.

La indemnización correspondiente se hará hasta que el funcionamiento del injerto quede habilitado.

e) Extirpación de Pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía)

Es la extirpación quirúrgica de por lo menos un lóbulo del pulmón, debiendo ser considerada esta cirugía torácica como el tratamiento más adecuado por un médico especialista neumólogo, cirujano neumólogo o cirujano de tórax.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

f) Extirpación del Intestino Grueso (hemicolecctomía o colectomía total)

Es la resección quirúrgica de la mitad del colon (intestino grueso) o su extirpación total, esto es, hemicolecctomía o colectomía total respectivamente y este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un gastroenterólogo o cirujano general o cirujano de vías digestivas o cirujano oncólogo como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

g) Cirugía de Columna Cervical

Es la cirugía realizada en la columna cervical que es considerada por el médico del Asegurado que puede ser traumatólogo, neurocirujano u ortopedista que cuente además con la subespecialidad en columna vertebral, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de una enfermedad severa de disco o fractura (Grado III ó IV).

Considerando el Grado III al desplazamiento del 51% al 75% de la columna cervical y el Grado IV al desplazamiento del 76% al 100% de la columna cervical.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

h) Cirugía Radical de Cáncer

Es el tratamiento quirúrgico considerado por el oncólogo o cirujano oncólogo como el más adecuado y necesario para detener la propagación del cáncer a través de la extirpación completa (cirugía radical) de uno o varios de los siguientes órganos:

- Mama (mastectomía)
- Próstata (prostatectomía) con cistectomía y vaciamiento ganglionar incluyendo cirugía radical de vejiga
- Útero (histerectomía) con salpingo-ooforectomía y vaciamiento ganglionar mayor
- Estómago (gastrectomía)
- Laringe (laringectomía)
- Páncreas (pancreatectomía, operación de Whipple que incluye la extirpación de la cabeza del páncreas, del duodeno, de la porción distal del conducto biliar y del segmento distal del estómago)

Para solicitar la indemnización correspondiente es indispensable presentar el informe del oncólogo y el de patología que confirme el diagnóstico de cáncer, así como los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, y los documentos de la cirugía realizada.

i) Cirugía Cerebral

Es la extirpación de por lo menos un lóbulo completo del cerebro que es considerado por un médico especialista neurólogo o neurocirujano como el tratamiento más adecuado y necesario. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Los procedimientos quirúrgicos realizados en el extranjero se cubrirán únicamente cuando, de acuerdo con su protocolo o manejo habitual en la República Mexicana, se justifique un internamiento hospitalario de al menos 48 horas.

Exclusiones Particulares

Exclusiones para la cobertura de Cirugías de alto costo:

Trasplante de órganos mayores

- a) Trasplantes de células madre, trasplantes de células de los islotes del páncreas, así como cualquier otro trasplante no mencionado explícitamente quedará excluido.

Cirugía de aneurisma cerebral

- a) Los procedimientos endovasculares

Cirugía de Injerto de Piel

- a) Las cirugías estéticas secundarias al injerto

Extirpación de Pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía)

- a) La biopsia pulmonar

Cirugía de Columna Cervical

- a) Cirugía percutánea o inyecciones de disco intervertebral

Cirugía Radical de Cáncer

- a) La cirugía radical para tratar alguno de los siguientes tipos de cáncer:

- Los tumores descritos histológicamente como benignos, pre-malignos potencial maligno, maligno bajo o no invasivo
- Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ (Tumor in Situ-Tis) o Ta por la séptima edición de la clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis) de la AJCC (*American Joint Committee on Cancer*).

Cirugía Cerebral

- a) Biopsia cerebral y cirugía de la hipófisis.

Exclusiones Generales para la Cobertura de Cirugías (Incluyendo Hospitalización y Cirugías de Alto Costo)

Este seguro no proporcionará ninguna cobertura para cirugías relacionadas con cualquier condición médica que el Asegurado haya sufrido previo a la contratación de la presente Póliza, además:

- a) Cirugías como tratamiento para enfermedades preexistentes y/o congénitas.
- b) Cirugías o procedimientos debidos a suicidio, intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- c) Cirugías secundarias a bulimia o anorexia.
- d) Cesárea, parto, y/o legrado uterino, salvo que se trate de alguna cirugía de las enunciadas en el penúltimo párrafo de la cobertura básica.
- e) Cirugías por control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
- f) Cirugías secundarias al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o causado por

- el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**
- g) Intervenciones quirúrgicas cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- h) Cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
- i) Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones para calvicie, obesidad y reducción de peso.
- j) Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción
- k) Cirugías relacionadas con diálisis o insuficiencia renal
- l) Tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
- m) Cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- n) Cirugías ambulatorias (cualquier consulta médica o quirúrgica, la investigación o procedimiento que se realiza sin que el paciente tenga que permanecer más de 48 horas en el hospital).
- o) Cirugías experimentales o procedimientos quirúrgicos que no estén avalados por la FDA (*Food and Drug Administration*).
- p) Hospitalizaciones y/o cirugías que no sean médica mente necesarias.
- q) Cirugías que se necesiten derivadas de accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades, trabajos, deportes peligrosos o riesgosos, tales como:
- Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.
 - Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales (modalidades deportivas cuya práctica está relacionada con la nieve o el hielo, ya sea en condiciones naturales o reproducidas de manera artificial), o cualquier deporte profesional, entendiéndose por éste cuando el Asegurado percibe una remuneración por realizarlo.
 - Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia, cuando el Asegurado participe de manera activa en éstas.
 - Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.
 - Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.

Documentos para el Pago de la Indemnización

- Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía);
- Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses);
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar) y original para su cotejo;
- Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía);
- Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos);
- Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del Hospital;

- Informe médico que indique el padecimiento, fecha en que se diagnosticó el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

Para validar la veracidad de los hechos que dieron origen al padecimiento que derivó en una la intervención quirúrgica, se solicitará lo siguiente:

- Historia clínica
- Estudios de laboratorio y gabinete que ayuden a corroborar el padecimiento y el procedimiento médico quirúrgico.
- Estudios histopatológicos
- Nota quirúrgica o resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora de inicio del tiempo quirúrgico.
- Constancia hospitalaria, con diagnóstico de ingreso y egreso
- Comprobación de gastos

Para los casos de atención en el extranjero, se solicitará adicionalmente con el objetivo de validar la veracidad de los documentos, el apostillado de documentos por las embajadas de países con los cuales se tiene relación, regulados por instrumentos de facturación a proveedores con formatos únicos como F-10, Esker, CBB ya sea de forma electrónica o tradicional. Adicionalmente:

- Pasaporte vigente a la fecha de la intervención quirúrgica,
- Visa del país de atención,
- Comprobantes de formato migratorio para atención médica en el extranjero (sobre todo en los Estados Unidos de Norte América), y
- Facturas de gastos.

Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades

La presente Cláusula es únicamente aplicable a las coberturas de Accidentes y Enfermedades.

La Compañía no será responsable del pago de indemnización alguna a consecuencia de lo siguiente:

1. **SIDA y VIH:** cualquier evento 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:
 - a) Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
 - b) Cualquier Enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
2. **Aviación:** Lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico de aviación privada, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
3. Cualquier Accidente originado 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 cubrirán Accidentes que provengan de algún síndrome de dependencia al alcohol, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor Médico de la Compañía, sea considerado causa relacionada o

directamente atribuible a un síndrome de dependencia al alcohol.

4. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones, excepto si derivan de un Accidente.
6. Tratamientos ambulatorios, excepto si derivan de un Accidente.
7. Actividades peligrosas: cualquier Accidente que sea causado 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, 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.
8. 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.
9. Enfermedades Preexistentes.
10. Carreras: por participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
11. 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.
12. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometiera en estado de enajenación mental.
13. Tratamiento no recomendado por un Médico: cualquier hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médica necesaria o no efectuada por un Médico con cédula profesional o su equivalente en el extranjero, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia.
14. Hospitalización para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.
15. Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.
16. Variaciones de peso: obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.
17. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en las que participe directamente el Asegurado.

Sección de Travel (Seguro de Viaje)

Muerte Accidental

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta, 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 a través de los medios que esta le ponga a su disposición, 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(s) 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 naturales 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 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

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción.
- Identificación oficial del Asegurado, si contasen con ella.
- Confirmación e Itinerario de viaje.
- En caso de ser Asegurado adicional o aparecer como Beneficiario, incluir:
- Acta de nacimiento (hijos) o acta de matrimonio actualizada (cónyuge).
- Copia certificada de la carpeta de investigación del Ministerio Público o autoridad competente.

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.

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 naturales 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 para esta cobertura. El límite de Suma Asegurada será la contratada para esta cobertura, siempre que no sea mayor a diez (10) veces el UMA mensual vigente al momento del siniestro.

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 dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes 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

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción.
- Comprobante de gastos funerarios.
- Copia certificada de la carpeta de investigación del Ministerio Público o autoridad competente.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección, 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 imposibilite de por vida para procurarse la misma cantidad de ingresos que percibía antes del estado de invalidez, mediante el desempeño de su Trabajo Habitual.

Se considerarán estado de Invalidez Total y Permanente, 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 carpometacarpiana 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.

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 naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza.

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 Asegurado deberá entregar a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Copia certificada de la carpeta de investigación de la autoridad competente.
- Dictamen de Invalidez Total y Permanente por Accidente avalado por una institución de salud 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 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 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 cuyo pronóstico de Invalidez Total y Permanente haya sido anterior a la contratación de la Póliza.

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 Invalididad 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. Cuando el Accidente o la determinación de la Invalididad Total y Permanente fueron anteriores a la contratación de la Póliza.**

Muerte Accidental en Transporte Público

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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 Trasporte 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 naturales 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 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 emita el acta de defunción correspondiente, y 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.

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

Documentos para el Pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Acta de defunción certificada.
- Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuviesen.

- Actas de nacimiento del Beneficiario, si fuera hijo del Asegurado y acta de matrimonio en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge.
- Designación de Beneficiarios, si lo tuviesen.
- Copia de la carpeta de investigación de la autoridad competente.

Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección, 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 carpometacarpiana 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 naturales 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.

Escala B	
Escala de indemnización	
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 contrato de seguro, 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 la 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 cometiera 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Carpeta de investigación de la autoridad competente.

- Expediente clínico que contenga pruebas de laboratorio y gabinete.
- Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes Personales, Antecedentes Patológicos, Evolución de Padecimiento, Estado Actual.

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.

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:

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 carpometacarpiana 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 naturales 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.

Escala B	% de la Suma Asegurada Contratada
Escala de indemnización	
Pérdida orgánica	
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 de la Póliza, 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 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.

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 cometiera 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).

- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Carpeta de investigación de la autoridad competente.
- Expediente clínico que contenga pruebas de laboratorio y gabinete.
- Confirmación e Itinerario de viaje.
- Boleto comprobando el viaje realizado en transporte público. (autobús, taxi, aerolínea, etc.).

Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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:

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 substancias 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 este 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, los Gastos Médicos incurridos por éste 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 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, 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 en la liga que se encuentra en la Carátula de la Póliza.

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, 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 de la Póliza, 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 de la Póliza, 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 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.
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, 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.

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 el Periodo de Beneficio que esté estipulado en la Carátula de la Póliza, siguiente a la terminación de la vigencia de la Póliza.
- 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.
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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre

del Asegurado.

- Carpeta de investigación de la autoridad competente, en caso de accidente.
- Informe médico.
- Facturas y/o comprobantes de los gastos.

Renta Diaria por hospitalización por Accidente

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece expresamente amparada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para todos los efectos del Contrato de Seguro, los términos definidos en el apartado de Definiciones de las disposiciones particulares de este Contrato de Seguro son igualmente aplicables a esta cobertura. Además, se aplica, para esta cobertura, las siguientes definiciones:

Periodo Máximo de Beneficio: Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo cubierto

Si como consecuencia de un Accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado es hospitalizado, la Compañía le indemnizará hasta el periodo máximo de beneficio y hasta el monto de la suma asegurada contratada para esta cobertura, siempre y cuando se encuentre de viaje.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización:

- (i) sea médica mente necesaria para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida.
- (ii) dure al menos las horas continuas e ininterrumpidas indicadas en la Carátula de la Póliza (Periodo de Hospitalización); y
- (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

La responsabilidad de la Aseguradora comenzará una vez transcurridas las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización indicadas en la Carátula de la Póliza, por lo que la renta diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado mientras permanezca hospitalizado de manera continua e ininterrumpida, hasta un límite máximo de los días indicados en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura se pagará una vez que se compruebe que el Asegurado cumplió con el Periodo de Hospitalización y el siniestro sea procedente.

Este seguro cubre Hospitalización por accidentes ocurridos en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Documentos comprobatorios del siniestro

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Carpeta de investigación de la autoridad competente.
- Expediente clínico y constancia de hospitalización.
- Informe médico.

Renta Diaria por hospitalización por Enfermedad excluyendo COVID-19

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de una enfermedad cubierta ocurrida mientras el Asegurado se encuentra de Viaje y durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado es hospitalizado, la Compañía le indemnizará, hasta el periodo máximo de beneficio y hasta el monto de la suma asegurada para esta cobertura, estipulados de la Carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización:

- (i) sea médica mente necesaria para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; y
- (ii) dure como mínimo los días estipulados en la Carátula de la Póliza de manera continuos e ininterrumpidos (Periodo de Hospitalización); y
- (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

Este seguro cubre Hospitalización ocurrida en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, por Enfermedad excluyendo COVID-19.

La Compañía pagará una vez que se compruebe que el Asegurado cumplió con el Periodo de Hospitalización y el siniestro sea procedente.

Exclusiones

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

- a) **Cuando la hospitalización no sea a consecuencia de una Enfermedad.**
- b) **Enfermedades Preexistentes.**
- c) **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.**
- d) **Enfermedad o padecimiento a consecuencia de COVID-19.**

Documentos comprobatorios del siniestro

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Expediente clínico y constancia de hospitalización.
- Informe médico.
- Facturas de los gastos generados por la hospitalización.

Renta Diaria por hospitalización por COVID-19

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará al Asegurado, mientras se encuentre de Viaje, hasta el periodo máximo de beneficio y hasta el monto de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si estando en vigor la Póliza, es diagnosticado de COVID-19 y es necesaria, medicamente, su hospitalización.

El diagnóstico deberá ser realizado por el médico tratante con apoyo de las pruebas correspondientes realizadas por un laboratorio avalado por la autoridad competente.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización:

- (i) sea médica mente necesaria para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; y
- (ii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

Este seguro cubre Hospitalización ocurrida en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, por COVID-19.

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de la razón de hospitalización. En caso de que el médico que la Compañía designe no ratifique el diagnóstico del COVID-19, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de la Compañía, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

Documentos comprobatorios del siniestro

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la

- indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
 - Expediente clínico y constancia de hospitalización.
 - Prueba SARS-COV2 (COVID) Positiva.
 - Informe médico.

Exclusiones

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

- a) **Afecciones o padecimientos que no sean consecuencia de COVID-19.**
- b) **Las enfermedades que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.**
- c) **Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales.**
- d) **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.**

Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva por COVID-19

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece expresamente amparada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

Mientras el Asegurado se encuentre de Viaje y en caso de que, durante el Periodo de Hospitalización del Asegurado, de conformidad con la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por COVID-19, resulte médicaamente necesario el uso de la Unidad de Terapia Intensiva, la Compañía pagará al Asegurado esta cobertura de acuerdo con lo que se especifica en la Carátula de la Póliza.

La indemnización será efectiva exclusivamente cuando el Asegurado ingrese a la Unidad de Terapia Intensiva por diagnóstico de COVID-19 dentro del periodo de vigencia de la Póliza, bajo lo establecido en la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por COVID-19.

En caso de ocurrir ingresos a la Unidad de Terapia Intensiva sucesivos como consecuencia de un mismo evento, serán considerados como continuación de los anteriores, a efecto de considerar el límite máximo de la Indemnización establecida en esta cobertura.

Mientras el Asegurado se encuentre en la Unidad de Terapia Intensiva por COVID-19, la Compañía únicamente indemnizará lo correspondiente a esta Cobertura, quedando sin efectos la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por COVID-19, hasta en tanto el Asegurado se mantenga en Unidad de Terapia Intensiva.

Este seguro cubre Hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva por COVID-19 ocurrida en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones para la cobertura de Indemnización Diaria por Unidad de Terapia Intensiva por COVID-19:

- a) Diagnóstico COVID-19 antes de la fecha de inicio de la cobertura.
- b) Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales.
- c) Enfermedades que no sean a consecuencia de COVID-19.

Documentos comprobatorios del siniestro

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Expediente clínico y constancia de hospitalización.
- Prueba SARS-COV2 (COVID) Positiva.
- Informe médico.

Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza, donde se especificarán los deportes cubiertos.

Definiciones

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

Amateur: Práctica por placer de una actividad, generalmente deportiva o artística, sin recibir habitualmente dinero a cambio.

Pistas Reglamentarias: Pistas que cuentan con senderos o límites marcados para la práctica de los deportes, así como con reglamentos y reglas para el uso de las instalaciones.

Práctica Profesional del Deporte: Es cuando el Asegurado se dedica voluntaria y regularmente a la práctica de un deporte dentro del ámbito de la organización y la dirección de un club o entidad deportiva, a cambio de una remuneración o salario que represente el sustento de su vida personal y lo obliga a practicar cotidianamente su actividad para perfeccionarla.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos derivados de eventos causados por la práctica Amateur de deportes de alto riesgo enlistados expresamente en la Carátula de la Póliza, la práctica de dichos deportes deberá realizarse de manera recreativa, mientras el Asegurado se encuentre de Viaje y el pago de la misma se limitará a la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

La práctica del deporte deberá ser realizada mientras el Asegurado se encuentre de Viaje, durante la vigencia de la Póliza y de manera Amateur, por lo que la Compañía no cubrirá eventos ocurridos por la práctica profesional de los mismos, así como cualquier evento ocurrido mientras el Asegurado no esté de Viaje.

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

Esta cobertura y la cobertura de Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad son excluyentes entre sí.

Exclusiones

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

- 1. Gastos derivados de la práctica realizada de deportes fuera de Pistas Reglamentarias y autorizadas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Expediente clínico.
- Informe médico.
- Facturas de los gastos generados por la hospitalización.

Estabilización de Padecimientos Preexistentes

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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:

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 substancias 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 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 médica de un familiar, sea este 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 esta cobertura.

Riesgo Cubierto

La Compañía a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, 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; o
2. Gestionará y cubrirá, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, 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 en la liga de la Caratula de Póliza.

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 para esta cobertura.

La presente cobertura solo será aplicable para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos y facturas de gastos:
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Constancia de hospitalización (documento proporcionado por el hospital), expediente o historial clínico.
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Gastos por Emergencia Odontológica

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección, 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 para esta cobertura, 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; o
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 para esta cobertura, 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.

La responsabilidad de la Compañía tiene como límite máximo el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la

comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de gastos odontológicos (.pdf y .xml). Si tus gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, 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 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos y facturas de gastos:
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de gastos médicos (.pdf y .xml). Si los gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Gastos de Enfermera Particular

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia del uso de alguna de las coberturas de Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad o Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo, el Médico tratante del Asegurado determina que éste debe ser cuidado, monitoreado y atendido por una enfermera particular fuera del Hospital o del centro de salud en el que el Asegurado haya recibido atención médica, la Compañía, a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los gastos incurridos por éste a consecuencia de la contratación de una enfermera particular según las condiciones antes establecidas y siempre que haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; o
2. Gestionará y cubrirá hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los gastos incurridos a consecuencia de la contratación de una enfermera particular en las condiciones antes establecidas, y siempre que haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje.

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

Esta cobertura cubre los gastos de una enfermera particular en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

1. **Los gastos por enfermera particular si la condición médica sufrida por el Asegurado no es determinada por el Médico tratante.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos y facturas de gastos:
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de honorarios de enfermería (.pdf y .xml). Si los gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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.
3. 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 traspase 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.

Asimismo, y una vez estabilizada la salud del Asegurado, si a juicio del Médico tratante, el Asegurado no puede 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.
- 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.

Esta cobertura sólo aplica en caso de Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, para lo cual 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 medicamente 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 médicaamente 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 para ambos traslados. Tanto la repatriación sanitaria, como el traslado médico se realizarán en el medio de transporte que determine la Compañía.

La presente cobertura solo será aplicable para viajes fuera del territorio de los Estados Unidos de México.

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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos y facturas de gastos:
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de traslado de ambulancia (.pdf y .xml). Si los gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Gastos Funerarios o Traslado de Restos Mortales

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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 las siguientes modalidades: reembolso o pago directo y coordinación de los gastos funerarios incurridos o el traslado de restos mortales del Asegurado, bajo el siguiente escenario:

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

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 para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo
- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia
- c) Féretro 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 para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo;
- b) Preparación del cuerpo, embalsamiento y Tanatopraxia;
- c) Féretro 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 féretro 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 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;
- i) Transporte aéreo de un Acompañante del Asegurado que ha fallecido, desde el lugar en donde sucedió el fallecimiento hasta el aeropuerto internacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

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.

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

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.
6. Cuando el Asegurado haya participado en actos criminales, siendo el propio Asegurado el sujeto activo.

Para el caso de elegir la modalidad de pago directo, el Familiar Directo del Asegurado deberá solicitar los servicios señalados en esta cobertura, comunicándose telefónicamente al _____ y la Compañía coordinará los servicios señalados.

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Beneficiario. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Beneficiario solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Original o copia certificada del acta de defunción.
- Identificación oficial del Asegurado, si contasen con ella.
- Confirmación e itinerario de viaje.

En caso de ser Asegurado adicional o aparecer como Beneficiario incluir:

- Acta certificada de nacimiento (hijos) o acta de matrimonio certificada (cónyuge).
- En caso de muerte accidental: Original o copia certificada de los documentos e investigación emitida por la autoridad competente que tomó conocimiento de los hechos.
- En caso de muerte por Emergencia Médica.- Expediente clínico del Asegurado e informe médico.
- Comprobante de los gastos funerarios erogados debidamente desglosado, cuando se trate de la modalidad de reembolso.

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.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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.

Esta cobertura solo 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.

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos:
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de gastos erogados por el traslado (.pdf y .xml). Si los gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o Familiar Directo (INE por ambos lados o pasaporte).
- Para el caso de reembolso: Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses, cuando se trate de reembolso.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

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.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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, 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 hasta la suma asegurada contratada; 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.

Esta cobertura solo 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.

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos:
- Formato de informe médico llenado por el médico (PDF adjunto al correo del reporte).
- Facturas de gastos erogados por el hospedaje (.pdf y .xml). Si los gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.

- Identificación oficial del Asegurado y/o del Familiar (INE por ambos lados o pasaporte).
- Para el caso de reembolso: Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Recuperación en Hotel por Accidente o Emergencia Médica

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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, 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 médica 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 médica 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; 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.

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 trasportación 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.**

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de gastos erogados por la estancia (.pdf y .xml). Si tus gastos fueron realizados en el extranjero, son los comprobantes recibidos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o el reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).

Para el caso de reembolso

- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Gastos por Prolongación de Estancia por COVID-19

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece expresamente amparada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para todos los efectos del Contrato de Seguro, los términos definidos en el apartado de Definiciones de las disposiciones particulares de este Contrato de Seguro son igualmente aplicables a este apartado de beneficio. Además, se aplica para esta cobertura, las siguientes definiciones:

Convalecencia: Periodo de tiempo que el Asegurado requiere para recuperarse de una enfermedad u otro tipo de trastorno de la salud.

Riesgos Cubiertos

La Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura es única para los siguientes riesgos:

Gastos de Hospedaje

Cuando el Asegurado se encuentre de Viaje y deba, por prescripción médica debido a un diagnóstico positivo de COVID-19, prolongar su estancia más allá de la fecha de terminación del Viaje programado, para su convalecencia, la Compañía cubrirá los gastos de hospedaje que se generen mientras el Asegurado permanezca convaleciente hasta el máximo de días indicados en la Carátula de la Póliza posterior a la fecha de finalización del Viaje.

Esta cobertura sólo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. Los gastos de hospedaje cubiertos por la Compañía conforme a esta cobertura únicamente incluyen el costo por noche de hospedaje, más los impuestos que correspondan.

La responsabilidad máxima de la Compañía no rebasará los días indicados en la Carátula de la Póliza, ni la suma asegurada contratada para este beneficio, estipulados en la Carátula de la Póliza

Gastos de Transporte

Cuando la convalecencia del Asegurado, debido a un diagnóstico positivo de COVID-19, 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, hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, 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.

Exclusiones

La cobertura no cubre:

- 1. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**
- 2. Gastos originados por cualquier enfermedad que no sea consecuencia de COVID-19.**
- 3. La convalecencia originada por padecimientos preexistentes.**

Documentos comprobatorios del siniestro

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos
- Prueba de SARS-COV2 (COVID) positiva
- Formato de informe médico llenado por el médico, proporcionado por la Compañía (PDF adjunto al correo del reporte).
- Facturas de gastos erogados por la prolongación de la estancia (.pdf y .xml).
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).
- En caso de reembolso: Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

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.

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:

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.

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 y alimentación 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 solo 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Documentos médicos y facturas de gastos:
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas de gastos erogados por el traslado (.pdf y .xml).
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- En caso de reembolso: Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Adulto 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.

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:

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 excede la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza, 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. 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; 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.

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 trasportación 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 solo 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Formato de informe médico llenado por el médico, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Facturas o comprobantes de gastos erogados por el hospedaje.
- Identificación oficial del Asegurado y/o del reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- En caso de reembolso: Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Demora de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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: 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, 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 o 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 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.

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 que se hayan realizado posterior a la fecha de que se haya concluido el Viaje.
2. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.
3. 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Carta de la aerolínea confirmando la demora o retraso de viaje.
- Boletos de viaje o pase de abordar (anterior y nuevo).
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Cancelación de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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 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.

Gastos de Viaje: Significa 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, 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 encontrase 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, a causa de su fallecimiento.
- c) 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.
- d) Si a la fecha del inicio del Viaje, un Familiar Directo del Asegurado se encuentra hospitalizado, según el boleto o ticket del Transporte Público.
- e) Si el Asegurado recibe 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.
- f) Desastres Naturales que deriven en una declaración de emergencia por parte de la autoridad gubernamental local competente, que sucedan en el lugar de Residencia Permanente del Asegurado o del lugar de destino de este y que le impida realizar el Viaje y/o le impida a cualquier vuelo comercial arribar y/o salir del lugar que sirva la afectación.

- g) Epidemia o pandemia cuya declaración haya sido emitida por la autoridad gubernamental local competente y/o por la Organización Mundial de la Salud, desaconsejando toda entrada o salida de la zona afectada.
- h) La clausura del espacio aéreo o de aeropuertos, únicamente cuando dicha clausura haya sido ocasionada por disturbios civiles, motín o conmoción.

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

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 cobertura.

Esta cobertura solo 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 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 hospitalización, tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado 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.

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación de siniestros, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Comprobante de cancelación.
- Informe médico y constancia hospitalaria (en caso de que aplique).
- Documento que acredite el parentesco (en caso de que aplique).
- Factura y/o comprobante de la compra del viaje.
- Copia certificada del Acta de defunción (en caso de que aplique).
- Identificación oficial del Beneficiario (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses.

- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Cancelación de Viaje Plus

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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 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.

Gastos de Viaje: Significa 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, 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, a causa de su fallecimiento.
- c) 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.
- d) Si a la fecha del inicio del Viaje, un Familiar Directo del Asegurado se encuentra hospitalizado, según el boleto o ticket del Transporte Público.
- e) Si el Asegurado recibe una notificación para comparecer ante las autoridades de su país de Residencia Permanente siempre que dicha notificación la haya recibido con posterioridad al inicio de vigencia del seguro y a la erogación de los Gastos de Viaje.

- f) Complicaciones en el embarazo o aborto espontáneo, siempre que se encuentre antes del inicio del octavo mes de embarazo.
- g) Parto programado de un embarazo contraído después de la fecha de inicio de vigencia del seguro; solo si la fecha de regreso del viaje es posterior al séptimo mes de gestación.
- h) Incendio, rayo, explosión, inundaciones y daños eléctricos en el domicilio del Asegurado.
- i) Separación/divorcio del Asegurado inesperado después del inicio de vigencia del seguro.
- j) Desempleo del Asegurado, sujeto a empleados permanentes y despidos inesperados, **no incluye renuncia voluntaria.**
- k) Cambio de fechas de pruebas, exámenes profesionales, trabajos, presentaciones de tesis cuya fecha no puede ser modificada por determinación de la Institución Educativa, siempre y cuando no sean del conocimiento del Asegurado antes del inicio de la vigencia del seguro.
- l) Transferencia de trabajo forzoso, con un desplazamiento de más de 3 (tres) meses; solo empleados permanentes, siempre y cuando no sean del conocimiento del Asegurado antes del inicio de la vigencia del seguro.
No aplica para trabajadores temporales/contratistas.
- m) Avería o accidente en el vehículo de propiedad del Asegurado o su cónyuge, que impide al Asegurado iniciar o continuar su viaje.
- n) Robo de documentación que imposibilite al asegurado iniciar su viaje, siempre que el evento haya ocurrido dentro de los 15 días anteriores a la salida o conexiones en el itinerario.
- ñ) Visa denegada para destinos donde es necesaria para ingresar a dicho país.

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

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 cobertura.

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 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 hospitalización, tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado 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.

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Comprobante de cancelación.
- Informe médico y constancia hospitalaria (en caso de que aplique).
- Documento que acredite el parentesco (en caso de que aplique).
- Factura y/o comprobante de la compra del viaje.
- Acta de defunción certificada (en caso de que aplique).
- Identificación oficial (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Interrupción de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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 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.

Gastos de Viaje Remanentes: Significa los Gastos de Viaje pagados antes de la interrupción del viaje y que no pudieron ser ocupados, como son tours, entradas a eventos y actividades turísticas.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la

Carátula de Póliza, 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. Desastres Naturales que deriven en una declaración de emergencia por parte de la autoridad gubernamental local competente, que sucedan en el lugar de Residencia Permanente del Asegurado o del lugar de destino de este y que le impida realizar el Viaje y/o le impida a cualquier vuelo comercial arribar y/o salir del lugar que sirva la afectación;
7. Epidemia o pandemia cuya declaración haya sido emitida por la autoridad gubernamental local competente y/o por la Organización Mundial de la Salud, desaconsejando toda entrada o salida de la zona afectada.
8. La clausura del espacio aéreo o de aeropuertos, únicamente cuando dicha clausura haya sido ocasionada por disturbios civiles, motín o conmoción.

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 médica 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 Carátula de Póliza.

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 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 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

1. La Compañía no pagará indemnización cuando la interrupción de viaje que resulte de cualquier hospitalización, tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado 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.

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Comprobante de interrupción.
- Informe médico y constancia hospitalaria (en caso de que aplique).
- Documento que acredite el parentesco (en caso de que aplique).
- Factura y/o comprobante de la compra del viaje.
- Acta de defunción certificada (en caso de que aplique).
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Interrupción de Viaje Plus

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

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 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.

Gastos de Viaje Remanentes: Significa los Gastos de Viaje pagados antes de la interrupción del viaje y que no pudieron ser ocupados, como son tours, entradas a eventos, actividades turísticas, etc.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza, 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. Complicaciones en el embarazo o aborto espontáneo, siempre que se encuentre hasta en el séptimo mes de embarazo.
7. Incendio, rayo, explosión, inundaciones y daños eléctricos en el domicilio del Asegurado
8. Separación/divorcio inesperado del Asegurado.
9. Desempleo del Asegurado, sujeto a empleados permanentes y despidos inesperados, **no incluye renuncia voluntaria.**
10. Cambio de fechas de pruebas, exámenes profesionales, trabajos, presentaciones de tesis cuya fecha no puede ser modificada por determinación de la Institución Educativa, siempre y cuando sean del conocimiento del Asegurado antes de la contratación de la cobertura.
11. Transferencia de trabajo forzoso, con un desplazamiento de más de 3 (tres) meses; solo empleados permanentes, siempre y cuando sean del conocimiento del Asegurado antes de la contratación de la cobertura.
No aplica para trabajadores temporales/contratistas.
12. Avería o accidente en el vehículo de propiedad del Asegurado o su cónyuge, que impide al Asegurado continuar su viaje.
13. Robo de documentación que imposibilite al asegurado continuar su viaje, siempre que el evento ocurra durante el transcurso del viaje.

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 médica 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 Carátula de Póliza.

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 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 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

- 1. La Compañía no pagará indemnización cuando la interrupción de viaje que resulte de cualquier hospitalización, 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.**
- 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Comprobante de interrupción.
- Informe médico y constancia hospitalaria (en caso de que aplique).
- Documento que acredite el parentesco (en caso de que aplique).
- Factura y/o comprobante de la compra del viaje.
- Acta de defunción certificada (en caso de que aplique).

*Identificación oficial (INE por ambos lados o pasaporte).

*Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.

- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza, 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 seguro y hasta la suma asegurada mostrada en la Carátula de la Póliza.

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 parte 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 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.

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 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.
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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación de siniestros, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Boletos o pases de abordar.
- Carta de la aerolínea confirmando el inconveniente.
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Demora de Equipaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le 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.**

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, 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, siguientes al momento en el que el Asegurado arribe al lugar de destino.

Esta cobertura solo 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 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Boletos o pases de abordar.
- Carta de la aerolínea confirmando la demora o pérdida del equipaje (según corresponda).
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Pérdida de Equipaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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 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 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 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de siniestro, proporcionado por la Compañía.
- Boletos o pases de abordar.
- Carta de la aerolínea confirmando la demora o pérdida del equipaje (según corresponda).
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Pérdida o Robo de Equipaje Especial

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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 Tradicional: 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, 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.

Equipaje Especial: Significa los objetos de uso personal, deportivos, fotográficos, musicales, equipo de pesca, equipo de golf, dispositivos de movilidad, herramientas de trabajo, computadoras, lentes de sol, relojes, pieles, radios, alfombras, tapetes, audífonos, prótesis auditivas, dientes artificiales, dentaduras, accesorios médicos y dentales y aparatos ortopédicos, anteojos y lentes de contacto, medicamentos con prescripción, y otros artículos electrónicos que transporta el Asegurado para hacer uso de ellos durante su Viaje, 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.

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 por la Pérdida o Robo del Equipaje Especial del Asegurado por parte del operador del Transporte Público o del hotel, siempre que dicho Equipaje Especial se encuentre bajo la custodia por parte del operador del Transporte Público o del hotel y el Asegurado cuente con un comprobante de custodia de Equipaje emitido por ésta en el que se indique el número de piezas del Equipaje en resguardo.

La indemnización estará sujeta al Valor de Mercado de los artículos contenidos en el Equipaje en custodia del operador del Transporte Público o del hotel. La cantidad a indemnizar se determinará con base en la declaración de los objetos

perdidos efectuada por el Asegurado al operador del Transporte Público o del 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 para esta cobertura.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta al Asegurado por parte del operador del Transporte Público o del hotel, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, por lo que el valor del Equipaje indemnizado al Asegurado por la Aerolínea, 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.

Cuando un Asegurado siniestre únicamente su Equipaje Tradicional y haya contratado la cobertura de Pérdida de Equipaje y Pérdida o Robo de equipaje Especial, se afectará primero la cobertura de Pérdida de Equipaje, hasta agotar la Suma Asegurada, en caso de que ésta no sea suficiente, el Asegurado tendrá derecho de afectar esta cobertura hasta agotar la totalidad de la Suma Asegurada contratada, si el Asegurado agota la Suma Asegurada de ambas coberturas y posteriormente tuviera un siniestro con su Equipaje Especial, ya no tendrá derecho a ningún pago por dicho concepto.

Cuando un Asegurado sufra un siniestro que afecte su Equipaje Tradicional y Equipaje Especial siempre y cuando haya contratado las coberturas de Pérdida de Equipaje y Pérdida o Robo de equipaje Especial, el siniestro del equipaje tradicional afectará la cobertura de Pérdida de Equipaje hasta por su Suma Asegurada, mientras que el siniestro del equipaje especial afectará la cobertura de Pérdida o Robo de equipaje Especial en caso de que esta cobertura tuviera un excedente de Suma Asegurada sin utilizar y el siniestro por equipaje tradicional no haya sido cubierto en su totalidad el Asegurado tendrá derecho a utilizar el referido excedente para su equipaje tradicional hasta por el monto indicado en la Carátula de la Póliza.

Bajo ninguna circunstancia se pagará doble indemnización por el mismo siniestro, aunque el Asegurado haya contratado las coberturas de Pérdida de Equipaje y Pérdida o Robo de equipaje Especial, los siniestros siempre serán cubiertos en los términos aquí estipulados y hasta por el límite de Suma Asegurada establecido en la Carátula de la Póliza.

En caso de haber contratado únicamente la cobertura de Pérdida y Robo de equipaje Especial y sufra un siniestro que afecte ambos tipos de equipaje, se consumirá las sumas aseguradas hasta los montos indicados en la Carátula de la Póliza. Si el siniestro solo afecta un tipo de equipaje, es decir solo afecta el Equipaje Tradicional o el Equipaje Especial, la suma asegurada podrá ser consumida en su totalidad.

Exclusiones

- 1. Automóviles o equipos de automóviles, cualquier vehículo de transporte y sus accesorios (excepto bicicletas cuando se registren como equipaje), joyas, gemas, dinero, armas y**

piezas de armas, dispositivos paralizantes, artefactos explosivos, sustancias químicas o tóxicas, valores o tarjetas de crédito o títulos mobiliarios, cheques y cheques de viajero, boletos de entrada a eventos, boletos de transporte público documentos, artículos perecederos o de consumo, y objetos de arte.

2. Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
3. 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.
4. Si el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el Equipaje perdido.
5. **Equipaje cuando haya sido enviado como flete o mensajería**

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Boletos o pases de abordar.
- Carta de la aerolínea confirmando la demora o pérdida del equipaje (según corresponda).
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Daño de Equipaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Daño de Equipaje: Significa el detimento, 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, 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 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 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.

- Boletos o pases de abordar.
- Carta de la aerolínea confirmando el daño del equipaje (según corresponda).
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Daño Equipaje Especial

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Daño de Equipaje: Significa el detimento, 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 su funcionalidad, por lo que las afectaciones estéticas no se encuentran cubiertas por este seguro.**

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada por el Daño del Equipaje del Asegurado, **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 del 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 de la empresa de Transporte Público o del hotel correspondiente.

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.
- b) Tratándose de Daños sufridos bajo la custodia del operador del Transporte Público o del hotel, que el Equipaje fuese registrado o documentado por el Asegurado en el mismo Transporte Público en el que el Asegurado viajaba o del hotel en dónde se hospedaba.
- 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 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 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de Reclamación de siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Boletos o pases de abordar.
- Carta de la aerolínea confirmando el daño del equipaje (según corresponda).
- Factura y/o comprobante de gastos.
- Identificación oficial del Asegurado y/o reclamante (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.

Pérdida o Robo de Documentos de Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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.

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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Boletos o pases de abordar.
- Reporte de robo, daño o pérdida de documentos de viaje ante las autoridades competentes.
- Factura y/o comprobante de gastos.

Responsabilidad Civil durante un Viaje

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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, 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 del Asegurado, 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 con el consentimiento previo y por escrito de la Compañía, 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.

El pago de los gastos de defensa del Asegurado incluye 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 este contrato de seguro, 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 Asegurado 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Documentos de cualquier aviso, notificación, citación, procedimientos extrajudiciales y expedientes que puedan remitirse, presentarse o trasladarse al Asegurado.
- Comprobantes y facturas de los gastos erogados, en su caso.
- 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.
- Carta reclamación original del tercero afectado a el Asegurado, que incluya la relación de los bienes dañados, valorizados y firmada por el afectado.
- Cotización de los bienes dañados y/o facturas de bienes reparados.
- Fotografías de los bienes dañados.

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.

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:

Daño Patrimonial: Afectación o pérdida apreciable en dinero como consecuencia de los Eventos amparados por esta cobertura.

Indemnización: Es la restitución o reparación que está obligada a efectuar contractualmente la Aseguradora en caso de producirse un siniestro procedente bajo las condiciones estipuladas en la Póliza. La restitución se puede llevar a cabo en dinero, especie o mediante la reparación del bien amparado.

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 el 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 para esta cobertura.

Esta cobertura solo 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 si 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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Reporte de robo ante la Institución Bancaria
- Copia certificada de la carpeta de investigación iniciada ante la autoridad competente.

Gastos Legales

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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 este 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 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.

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

Exclusiones

1. 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.
2. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- 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.
- Documentos soporte de cualquier reclamación o juicio presentado en contra del Asegurado derivados de la responsabilidad civil.

Evacuación por Situación de Terrorismo

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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 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.

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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Boletos de trasportación clase turista e itinerario del viaje.
- Comprobantes originales de los gastos erogados por la evacuación.

Evacuación por Desastre Natural

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza

Definiciones

Para efectos de esta cobertura, 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, 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.

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

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Boletos de avión e itinerario de vuelo.
- Comprobantes originales de los gastos erogados por la evacuación.
- 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.

Diferencia de Tarifa por Viaje de Regreso Retrasado o Anticipado

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

Si el Viaje de regreso del Asegurado se llegase a retrasar o anticipar por motivos tales como una Enfermedad o Accidente del Asegurado o el fallecimiento de un Familiar Directo, la Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada, por el pago de la diferencia o penalidad del boleto en clase turista o económica que se vea obligado a utilizar para el regreso a su lugar de Residencia Permanente siempre y cuando el boleto original no permita modificaciones, sin que se efectué un cargo adicional.

En caso de que el Viaje de regreso sea retrasado o anticipado por motivos de salud deberá ser respaldado por un reporte médico y la Compañía podrá solicitar, en caso de que con dicho reporte no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro, documentación adicional, de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que el Viaje de regreso sea retrasado o anticipado por motivos de fallecimiento de un Familiar Directo la Compañía solicitará la documentación que compruebe la relación con el fallecido, así como el certificado de defunción.

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. Cuando el retraso o anticipo del viaje sea a consecuencia de cualquier tratamiento médico o quirúrgico programado con anticipación al Viaje.

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Boletos de transportación clase turista e itinerario de viaje.
- Comprobantes de los gastos erogados por la diferencia de tarifa.
- Formato de Informe Médico, en su caso.
- Acta de defunción del familiar directo y documento oficial con el que se acredite el parentesco con el familiar directo, en su caso.

Clases Particulares

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

Esta cobertura únicamente será aplicable cuando el motivo del Viaje sea con motivo de actividades académicas.

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos en los que pueda incurrir por motivo de la contratación de un profesor particular cuando éste se encuentre de Viaje, siempre y cuando se reúnan los siguientes requisitos:

(i) Que el Asegurado haya sido hospitalizado por lo menos 5 (cinco) días por un Accidente o Enfermedad durante el Viaje y requiera reposo forzoso posterior a dicha Hospitalización; (ii) Que los gastos de las clases particulares estén relacionados con el estudio motivo del Viaje y (iii) Que los Gastos Médicos que originaron la Hospitalización sean cubiertos por la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada será especificada en la Carátula de la Póliza.

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. No quedarán amparadas clases que no se encuentren en el plan de estudio asignado al Asegurado.**
- 2. No se cubrirán las clases que se hayan perdido cuando el Asegurado se haya inscrito en un curso con fecha posterior al inicio del viaje.**

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Comprobantes con descripción y concepto de los gastos erogados por las clases particulares.
- Formato de Informe Médico.
- Constancia de hospitalización, que indique las horas y fechas exactas del ingreso y egreso hospitalario.
- Documentos que comprueben que el motivo del viaje fue por motivos académicos.

Gastos de Albergue de Mascota

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

Mascota: Significan limitativamente perros y gatos de cualquier tipo.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos de albergue de la Mascota hasta la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, si durante el periodo del Viaje:

- a) El Asegurado viaja solo con su Mascota y sufre un Accidente o Enfermedad quedando hospitalizado e imposibilitado de cuidar de su Mascota o,
- b) El Asegurado haya dejado en un albergue a su Mascota y tenga que alargar la estancia de ésta en el albergue por motivos de retraso de su regreso a causa de un Accidente o Enfermedad.

La responsabilidad máxima de la Compañía es la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza.

La cobertura ampara únicamente un evento por vigencia del Contrato de Seguro y a un solo animal.

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. No se cubrirá gastos de aseo, vacunas, desparasitaciones, medicina preventiva y gastos por enfermedad de la Mascota.**
- 2. Cualquier daño ocasionado a la Mascota por personal del Albergue.**
- 3. Recompensas propuestas por el Asegurado o propietario responsable del animal para su recuperación en caso de robo o extravío.**
- 4. Secuestro, robo o pérdida de la Mascota.**

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Comprobantes con descripción y concepto de los gastos erogados por el albergue de la mascota.
- Expediente clínico del Asegurado.

Pérdida o Robo de Equipaje de Mano

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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:

Deductible: Significa la cantidad a cargo del Asegurado cuyo monto o porcentaje se determina en la Carátula de la Póliza, y que representa la participación del Asegurado en la pérdida sufrida. Cuando la indemnización de la pérdida sufrida por el Asegurado sea mayor al Deducible establecido en la Carátula de la Póliza, comenzará la obligación de pago de la Compañía, teniendo como límite la Suma Asegurada contratada. **Este concepto no es reembolsable ni compensable.**

Equipaje de Mano: Significa los bolsos, maletas y demás objetos que el Asegurado tiene autorizados a transportar dentro de la cabina de Pasajeros del Transporte Público, de conformidad y en cumplimiento con las políticas del operador de Transporte Público.

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.

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 durante la duración del traslado en el Transporte Público, el Asegurado llegase a sufrir de la pérdida o Robo de su Equipaje de Mano, la Compañía reembolsará hasta el monto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, el Valor de Mercado que tenga dicho Equipaje de Mano a la fecha en que acontezca la pérdida o el robo, siempre y cuando: (i) la denuncia ante la autoridad competente se realice durante las 24 (veinticuatro) horas siguientes al Robo, (ii) el hecho se notifique a la Compañía dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a su ocurrencia.

Será necesario que el Asegurado presente a la Compañía las copias de los recibos, facturas, comprobantes de los artículos que integran su Equipaje de Mano, en caso de no contar con estos documentos, sólo se cubrirá hasta el 50% de su valor actual de mercado.

A esta cobertura se aplicará el Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza.

La responsabilidad máxima de la Compañía es la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza.

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. No quedan cubiertas las mercancías y el material de uso profesional, la moneda, los billetes de banco, billetes de viaje, colecciones de sellos, títulos de cualquier naturaleza, documentos de identidad y en general, todo documento y valores en papel, tarjetas de crédito, cintas y/o discos con memoria, documentos registrados en bandas magnéticas o filmados, colecciones animales, dientes postizos o puentes dentales, cualquier tipo de cámara, equipo deportivo, objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no registrado con la empresa transportista.**
- 2. No quedan cubiertos todos los vehículos a motor, así como sus complementos y accesorios.**
- 3. El Robo o pérdida debido a la confiscación o retención por parte de la aduana u otra autoridad.**
- 4. La pérdida o robo del Equipaje de Mano causado por cualquier tipo de culpa grave del Asegurado.**

Documentos para el pago de la Indemnización

Además de lo establecido en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro, apartado Documentos para la comprobación del Siniestro, se deberá entregar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.

- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Copia de algún comprobante de domicilio del Asegurado con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.
- Boletos o pases de abordar.
- Carta expedida por la aerolínea donde confirme la pérdida de su equipaje y si se ofreció alguna compensación por la pérdida.
- Factura y/o comprobante de gastos.

Exclusión para esta Sección

En el caso de viajes al extranjero, no cubrirá aquellos que se realicen a los siguientes países: 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 del presente contrato y por lo tanto no se cubrirá ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio señalado en este contrato. La contratación de la presente Póliza cuyo destino o tránsito por los países señalados con anterioridad esté considerada por el Asegurado, dejará sin efectos el contrato de seguro y causará la devolución de la prima pagada.

Secciones de Hogar

Incendio de Edificio

Cobertura

1. Incendio, Rayo y Explosión

Este seguro cubre los daños materiales causados a bienes objeto de la cobertura de Incendio, Rayo y/o Explosión.

2. Resto de los Riesgos Contenidos

En caso de indicarse como amparada en la Carátula de la Póliza, esta cobertura se extiende a cubrir los gastos de reparación, reposición a consecuencia de:

- Huelgas, Alborotos Populares, Commoción Civil, Vandalismo y Daños por Actos de personas mal intencionadas.
- Colisión de Naves Aéreas u objetos caídos de ellas.
- Colisión de Vehículos.
- Daños o pérdidas causados por colisión de vehículos o naves aéreas propiedad del Asegurado o a su servicio o propiedad al servicio de inquilinos.
- Humo y Tizne.
- Roturas o filtraciones accidentales de tuberías o sistemas de abastecimiento de agua o de vapor, que se localicen dentro de los límites de los predios mencionados en la Póliza.
- Descargas accidentales o derrame de agua o de vapor de agua, provenientes de equipos o aparatos industriales o

domésticos, comprendiendo sistemas de refrigeración, acondicionamiento de aire o calefacción.

- Daños causados directamente por obstrucción en las bajadas de aguas pluviales a causa de acumulación de granizo.
- Caída de árboles.
- Caída de antenas parabólicas y de radio de uso no comercial.
- Daños por agua.
- Cualquier daño o pérdida física directa que sufran los bienes inmuebles, con excepción de los riesgos que se encuentren expresamente en las exclusiones.

Bienes Cubiertos

La construcción material del edificio, paredes perimetrales, instalaciones de clima artificial, sanitarias, hidráulicas, eléctricas y demás aditamentos que se encuentren fijos a dicho edificio.

Bienes Excluidos para Incendio de Edificio

1. Frescos y/o murales pintados en o que formen parte del edificio asegurado.
2. Jardines y terrenos.
3. Equipo o maquinaria para construcción, perforación o que se utilice bajo tierra.
4. Calderas, tanques o aparatos sujetos a presión.
5. Terrenos, gastos de nivelación, rellenos, tierra, agua, pozos, sembradíos, cultivos en pie, cosechas, césped, árboles, arbustos, plantas, recursos madereros, animales, aves y peces.
6. Gasoductos, oleoductos, cuarteles de guerra, pozos, puentes, túneles, muelles, bienes en alta mar o fuera de la orilla del mar o ríos, equipos o instalaciones flotantes, aguas estancadas, aguas corrientes, ríos y aguas freáticas.
7. Información contenida en dispositivos de memoria portátil o de cualquier clase, así como los medios magnéticos que los contengan.
8. Edificios o estructuras y sus contenidos, en proceso de construcción, reconstrucción, desmantelamiento, montaje, instalación o pruebas, incluidos los materiales y suministro de los mismos.

Riesgos Excluidos para Incendio de Edificio

1. Terremoto y/o Erupción Volcánica y Fenómenos Hidrometeorológicos.
2. Cualquier tipo de multa, gasto, costo o sanción.
3. Daños paulatinos, entendiéndose por éstos los que se presentan lentamente como: contaminación, pudrimiento seco o húmedo, vicio propio, cambios de temperatura ambiental, humedad, resequedad, fatiga de materiales, deterioro, erosión, evaporación, defectos latentes, fugas, pérdida de peso, mermas, rajaduras, oxidación, encogimiento, y desgaste por uso, herrumbres, deformación, distorsión, infiltraciones.
4. Error o deficiencia en los diseños, procesos, manufactura, planos, programas o especificaciones, materiales defectuosos, pruebas, reparaciones, mantenimiento, limpieza, restauración, alteraciones, modificaciones o servicio.
5. Asentamiento, hundimiento, derrumbe, colapso o agrietamiento de edificios o construcciones, contracción o expansión de cimientos, muros, pisos y techos a menos que tal pérdida o daño resulte a consecuencia de alguno de los riesgos amparados en la Póliza.
6. Falla en el abastecimiento de agua, gas, electricidad, combustible o energía, falta, falla o alteración de suministro o interrupción de alimentación de la fuerza motriz, materias primas.
7. Humo o tizne que emane de chimeneas o aparatos domésticos.
8. Rotura de tuberías por efecto de congelamiento.

- 9. Omisión y desajuste en el cierre de grifos, llaves de paso, ventanas y puertas.**
- 10. Daños materiales ocasionados por aguas freáticas o corrientes subterráneas, asolvamiento, inexistencia o drenaje, o fallas en los sistemas de drenajes o afluentes de o para los predios del Asegurado.**
- 11. Desposesión temporal o permanente como resultado de decomiso.**
- 12. Cualquier tipo de Daño consecuencial.**
- 13. Daños causados por talas o podas de árboles, o cortes de sus ramas efectuadas por el Asegurado.**

Incendio de Contenidos

Mediante esta cobertura se amparan los daños y pérdidas causados por incendio, explosión y fulminación a los bienes cubiertos conforme a las estipulaciones que aparecen en la Carátula de la Póliza.

Bienes Cubiertos

Si esta cobertura aparece estipulada en la Carátula de la Póliza se amparan todos los bienes que se encuentren dentro de la vivienda asegurada cuyo domicilio conste en la Póliza, propios a la misma, tales como el mobiliario, el equipo electrodoméstico y electrónico, los objetos de decoración, la ropa y objetos de uso personal, incluyendo bienes de terceros bajo su custodia y control por los cuales el Asegurado sea legalmente responsable.

Asimismo, en caso de que, en la Carátula, por acuerdo de las partes, se encuentre señalado y descrito un bien específico, éste se ampara como bien cubierto siempre y cuando se encuentre en el domicilio especificado en la Póliza.

En caso de estipularse como Amparada en la Carátula de la Póliza, esta cobertura se extiende a amparar una o varias de las siguientes coberturas:

- a) Mascotas:** Se amparan los gastos erogados por muerte natural, accidental o lesiones accidentales de animales domésticos propiedad del Asegurado, entendiéndose exclusivamente por éstos: perros, gatos y aves, hasta el monto máximo de suma asegurada mencionada en la Carátula de la Póliza, el monto indemnizable se determinará de acuerdo con la documentación comprobatoria de las lesiones sufridas por la mascota, misma que debería adjuntar el Asegurado en su reclamación.
- b) Bienes Nuevos:** Se amparan los aumentos de suma asegurada generados por la adquisición de otros bienes iguales o similares a los cubiertos por esta Póliza comprados o alquilados durante la vigencia de la Póliza, por los cuales El Asegurado sea legalmente responsable, cuando dichos bienes se ubiquen en el domicilio mencionado en la Carátula de la Póliza. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitar dicho aumento de suma asegurada y la Compañía emitirá el Endoso correspondiente.

Bienes Excluidos en Incendio de Contenidos

- 1. Jardines interiores.**
- 2. Vehículos autorizados a circular en vías públicas, embarcaciones, aeronaves, vehículos acuáticos o aeronaves pilotadas a distancia (RPAS / drones).**
- 3. Equipo o maquinaria para construcción, perforación o que se utilice bajo tierra.**
- 4. Dinero en efectivo, cheques, giros postales, valores, comprobantes de tarjeta de crédito, timbres, certificados u otros documentos negociables, títulos de propiedad, joyería, metales y piedras preciosas, lingotes de oro y/o plata, colecciones, antigüedades y otros objetos de difícil o imposible reposición.**
- 5. Obras de arte con valor superior a 300-trescientas Unidades de Medida y Actualización (UMA's) cuyo avalúo no obre en posesión de la Compañía. Se excluyen los daños distintos a Incendio, así como cualquier daño que se presente fuera de la vivienda asegurada.**

5. Calderas, tanques o aparatos sujetos a presión.
6. Información contenida en dispositivos de memoria portátil o de cualquier clase, así como los medios magnéticos que los contengan.
7. Animales exóticos y de pelea, equinos, bovinos, vacunos, primates, animales en peligro de extinción, reptiles, peces, mamíferos marinos y en general todo tipo de animales que no sean considerados como domésticos.
8. Equipo Electrónico Móvil

Riesgos Excluidos en Incendio de Contenidos

1. Terremoto y/o erupción volcánica y Fenómenos Hidrometeorológicos.
2. La desaparición o pérdida de los objetos asegurados que no sobrevengan del incendio, y que la Compañía demuestre que derivan de un robo.
3. Cualquier tipo de multa, gasto, costo o sanción.
4. Daños paulatinos, entendiéndose por estos los que se presentan lentamente como: contaminación, pudrimiento seco o húmedo, vicio propio, cambios de temperatura ambiental, humedad, resequedad, fatiga de materiales, deterioro, erosión, evaporación, defectos latentes, fugas, pérdida de peso, mermas, rajaduras, oxidación, encogimiento, y desgaste por uso, herrumbres, deformación, distorsión, infiltraciones.
5. Error o deficiencia en los diseños, procesos, manufactura, planos, programas o especificaciones, materiales defectuosos, pruebas, reparaciones, mantenimiento, limpieza, restauración, alteraciones, modificaciones o servicio.
6. Robo con y sin violencia, fraude o abuso de confianza, independientemente de que el autor sea o no empleado del Asegurado, y/o faltantes de inventario.
7. Daños mecánicos o eléctricos en maquinaria y equipo, así como daños en máquinas, aparatos o accesorios, que se empleen para producir, transformar o utilizar corrientes eléctricas, cuando dichos daños sean causados directamente a tales máquinas por las mismas corrientes, ya sean naturales o artificiales.
8. Humo o tizne que emane de chimeneas o aparatos domésticos.
9. Inundación a jardines, setos, calles, carreteras, aceras, canales y sistemas de desagüe.
10. Mojaduras o filtraciones de agua por lluvia, granizo o nieve al interior de edificio o de sus contenidos, debido a deficiencias en la construcción, diseño o mantenimiento de los techos.
11. Rotura de tuberías por efecto de congelamiento.
12. Omisión y desajuste en el cierre de grifos, llaves de paso, ventanas y puertas.
13. Daños materiales ocasionados por aguas freáticas o corrientes subterráneas, asolvamiento, inexistencia o drenaje, o fallas en los sistemas de drenajes o afluentes de o para los predios del Asegurado.
14. Daños o pérdidas que por su propia explosión o implosión sufren calderas, tanques, aparatos o cualquier otro equipo o instalación que normalmente estén sujetos a una presión barométrica.
15. Daños a máquinas, aparatos o accesorios que se emplean para producir, transformar o utilizar corrientes eléctricas cuando dichos daños sean causados por corrientes normales o sobre voltajes en el sistema, cualquiera que sea la causa.

Para la cobertura de Mascotas se excluye:

- a) Envenenamiento
- b) Reacción médica a vacunas

- c) **Enfermedades prevenibles por vacunación, preexistentes (entendiéndose como tales las que ya se hubieren manifestado con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza).**
- d) **Revisiones o consultas que no sean a consecuencia de un accidente**
- e) **Asfixia accidental o dolosa**
- f) **Reacciones adversas a medicamentos prescritos por enfermedades**
- g) **Gastos médicos por enfermedades generales**

Beneficios Adicionales para las Coberturas de Incendio de Edificio e Incendio de Contenidos

De aparecer como amparados en la Carátula de la Póliza, la Compañía cubre:

1. Remoción de Escombros

Gastos Cubiertos

Son los gastos que sean necesarios erogar para remover los escombros de los bienes afectados derivados de un siniestro amparado por alguna de las coberturas contratadas y especificadas en la Carátula de la Póliza, como son: demolición, limpieza o acarreos, y los necesarios que tengan que llevarse a cabo para que los bienes asegurados o dañados queden en condiciones de reparación o reconstrucción.

Quedan comprendidos dentro de esta cobertura, todos aquellos gastos causados por desmontaje, demolición, limpieza, acarreos y cualquier otra actividad similar que sea realizada para llevar a cabo la correcta y adecuada remoción de escombro.

El Asegurado podrá iniciar la remoción de escombros inmediatamente después del siniestro sin la anuencia de La Compañía en el momento que así lo considere conveniente, siempre que se cuente con las condiciones propicias para efectuarla sin poner en riesgo su vida, sus propiedades o las de algún tercero.

Gastos Excluidos

- a) **Que hayan sido causados por riesgos diferentes a los amparados por esta Póliza.**
- b) **Derivados del retiro ordenado por la autoridad cuando no sean afectados por las coberturas contratadas.**
- c) **Cuando el daño o pérdida que motive el retiro se encuentre excluido de las coberturas otorgadas en las coberturas de Incendio de Edificio y Contenidos de esta Póliza.**
- d) **Gastos efectuados para disminuir o evitar el daño, a que alude el artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

2. Gastos Extras

Gastos Cubiertos

Los gastos por concepto de renta de casa o departamento, mudanza (con el seguro de transporte incluido) y/o el almacenaje del menaje de casa, necesarios, que permitan continuar con el nivel de vida que llevaba el Asegurado hasta antes de ocurrir el siniestro.

Adicionalmente, la protección que otorga esta cobertura cesará cuando el Asegurado se reinstale definitivamente en la ubicación señalada en la Carátula de la Póliza o en otra ubicación, con un periodo máximo de indemnización de seis meses o cuando se agote el monto de la suma asegurada especificada en la Carátula de Póliza, sin que quede limitado por la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza.

3. Rotura por Corrosión en Tuberías y su Localización

Cobertura

Los gastos originados para la localización, reparación de tuberías afectadas por corrosión y reparación de daños en los bienes muebles e inmuebles consecuencia de la ubicación de las tuberías afectadas, hasta el monto de suma asegurada mencionado en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

- a) **Daños a tuberías que no sean ocasionados por corrosión.**
- b) **Daños por Terremoto y/o Erupción Volcánica.**
- c) **Daños de los cuales el Asegurado tuviere conocimiento previo a la contratación de la Póliza.**

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos los daños ocasionados a las tuberías, cuando dichos daños hayan sido causados por llevar a cabo mantenimientos, mejoras y/o adaptaciones al domicilio asegurado.

4. Pérdida de Rentas

Definiciones

Los términos que enseguida se citan tendrán los significados siguientes:

1. Rentas

Significa las cantidades que el Asegurado perciba por alquiler de la casa, del edificio asegurado en la Póliza de daños directos, sin incluir:

- a) **Salarios del Conserje o Administrador, si sus servicios son innecesarios después del siniestro.**
- b) **Comisiones por cobranza de rentas o administración del edificio.**
- c) **Impuestos cancelados.**
- d) **Costo de calefacción, agua y alumbrado.**
- e) **Cualesquiera otros gastos que cesen como consecuencia del daño y estuvieren incluidos en la renta.**

Riesgos Cubiertos

La pérdida real monetaria que sufra el Asegurado resultante de las rentas que dejará de percibir respecto de la casa arrendada a consecuencia de la realización de los riesgos cubiertos dentro de las Secciones de Incendio Edificio y Contenidos, incluyendo, en caso de ser contratadas, los beneficios de Terremoto y/o Erupción Volcánica y Fenómenos Hidrometeorológicos, hasta la suma Asegurada que se indica en la Carátula de esta Póliza, sin exceder un periodo de seis meses.

Se cubren también los gastos en que sea necesario incurrir con el objeto de reducir la pérdida, pero sin exceder de la cantidad en que efectivamente se haya reducido, a menos que se hayan seguido instrucciones escritas de La Compañía.

Periodo de Indemnización

Es el periodo que se inicia en la fecha del siniestro y dentro de la vigencia de la cobertura y que termina al transcurrir 6-seis meses, sin quedar limitado por la fecha de expiración de la vigencia de la Póliza.

I. Interrupción por Autoridad

Este beneficio se extiende a cubrir la pérdida de rentas hasta un máximo de 15-quince días, cuando las autoridades prohíban el acceso al edificio cuyas rentas se aseguran, por haberse dañado alguno de los edificios vecinos a consecuencia de uno o varios de los riesgos amparados por la Póliza.

II. Cambios en Ocupación del Riesgo Asegurado

Debido a que la prima de este seguro está basada en la aplicable al seguro de daño físico, el Asegurado se obliga a comunicar a La Compañía cualquier cambio de ocupación o destino que sea diferente al de casa habitación, del edificio cuyas rentas se aseguren.

Si el cambio de ocupación o destino implica una agravación esencial del riesgo, el Asegurado tiene la obligación de comunicarlo a la Compañía dentro del plazo de 24-veinticuatro horas, de acuerdo con lo establecido en la AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

III. Exclusiones

La Compañía no será responsable por ningún aumento de las cantidades que normalmente, y con arreglo a esta cobertura, le corresponda indemnizar, a causa de o como consecuencia de:

- a) La imposibilidad económica del Asegurado para hacer frente al gasto de reconstrucción o reparación del edificio cuyas rentas se amparan.
- b) La suspensión, terminación o cancelación de cualquier contrato o autorización por aplicación de alguna Ley o disposición de las autoridades que regulen la construcción o reparación de edificios.
- c) Huelguistas o personas que tomen parte en paros, disturbios de carácter obrero o motines que interrumpan la reconstrucción o reparación del edificio cuyas rentas se aseguran, o que interrumpan la ocupación del mismo.
- d) Las fallas que resultaren de la reconstrucción o reparación del edificio, aunque a tal reconstrucción o reparación hayan dado lugar los daños sufridos por cualquiera de los riesgos amparados por la Póliza.
- e) La falta de un contrato de arrendamiento vigente al momento del siniestro.

5. Fenómenos Hidrometeorológicos**Cobertura**

Los bienes materia del Seguro quedan cubiertos, contra pérdidas o daños materiales ocasionados directamente por avalanchas, granizo, helada, huracán, inundación, inundación por lluvia, golpe de mar, marejada, nevada y vientos tempestuosos, según se definen a continuación:

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

a) Avalanchas

Cualquier tipo de deslizamiento, provocado por cualquier fenómeno hidrometeorológico.

b) Granizo

Precipitación atmosférica de agua que cae con fuerza en forma de cristales de hielo duro y compacto. Bajo este concepto además se cubren los daños causados por la obstrucción en los registros de la red hidrosanitaria y en los sistemas de drenaje localizados dentro de los predios asegurados y en las bajadas de aguas pluviales a consecuencia del granizo acumulado en las mismas.

c) Helada

Fenómeno climático consistente en el descenso inesperado de la temperatura ambiente a niveles iguales o inferiores al punto de congelación del agua en el lugar de ocurrencia.

d) Huracán

Flujo de agua y aire de gran magnitud, moviéndose en trayectoria circular alrededor de un centro de baja presión, sobre la superficie marina o terrestre con velocidad periférica de vientos de impacto directo igual o mayor a 118-ciento dieciocho kilómetros por hora, que haya sido identificado como tal por el Servicio Meteorológico Nacional.

e) Inundación

El cubrimiento temporal y accidental del suelo por agua, a consecuencia de desviación, desbordamiento, rotura de los muros o elementos de contención de ríos, canales, lagos, presas, estanques y demás depósitos o corrientes de agua, naturales o artificiales a consecuencia de lluvia, granizo, helada, huracán, inundación, inundación por lluvia, golpe de mar, marejada, nevada y vientos tempestuosos.

f) Inundación por lluvia

El cubrimiento temporal accidental del suelo por agua de lluvia a consecuencia de la inusual y rápida acumulación o desplazamiento de agua originados por lluvias extraordinarias que cumplan con el hecho de que los bienes asegurados se encuentren dentro de una zona inundada o afectada que haya cubierto por lo menos una hectárea.

g) Marejada

Alteración del mar que se manifiesta como una sobre elevación de su nivel debida a una depresión o perturbación meteorológica que combina una disminución de la presión atmosférica y una fuerza cortante, sobre la superficie del mar, producida por los vientos.

h) Golpe de mar

Alteración del mar ocasionado por la agitación violenta de las aguas por cualquier causa que eleva su nivel y se propaga hasta las costas dando lugar a inundaciones.

i) Nevada

Precipitación de cristales de hielo en forma de copos.

j) Vientos tempestuosos

Vientos que alcanzan en la localidad o región por lo menos la categoría de depresión tropical, tornado o grado 8-ocho según la escala de Beaufort (62-sesenta y dos kilómetros por hora), de acuerdo con el Servicio Meteorológico Nacional o registros reconocidos por éste.

La cobertura aplicable será aquella que origine en forma inmediata los daños directos a los bienes asegurados, independientemente del fenómeno que los origine.

Bienes Excluidos que Pueden ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso para la Cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos

Los bienes que a continuación se indican están excluidos de la cobertura y sólo podrán quedar amparados bajo la misma, mediante convenio expreso entre el Asegurado y La Compañía, fijando sumas aseguradas por separado como límite o sublímite y mediante el cobro de la Prima adicional correspondiente. De lo anterior La Compañía dará constancia escrita.

- 1. Edificios terminados que carezcan total o parcialmente de techos, muros, puertas, o ventanas, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o construidos para**

operar bajo estas circunstancias, de acuerdo con los reglamentos de construcción de la zona, vigentes a la fecha de la construcción. Edificios de estructuras, techos y entrepisos de concreto armado no se consideran bajo este término, aun cuando tengan una parte abierta.

2. Maquinaria y/o equipo fijo y sus instalaciones que estén a la intemperie, entendiéndose como tales aquellos que se encuentren fuera de edificios o dentro de edificios, por carecer total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros, siempre y cuando hayan sido diseñados específicamente para operar en estas condiciones y estén debidamente anclados.
3. Bienes fijos distintos a los estipulados en los números anteriores que por su propia naturaleza estén a la intemperie, entendiéndose como tales aquellos que se encuentren fuera de edificios o dentro de edificios, ya sean de concreto o no, en las áreas expuestas a los impactos directos de los fenómenos hidrometeorológicos por la falta total o parcial de techos, puertas, ventanas o muros, tales como:
 - a) Albercas, incluyendo el agua.
 - b) Anuncios y rótulos.
 - c) Caminos, andadores, calles, guarniciones o patios en el interior de los predios del Asegurado.
 - d) Elementos de ornato.
 - e) Instalaciones y/o canchas deportivas.
 - f) Luminarias.
 - g) Muros de contención de concreto armado, bardas, rejas y/o mallas perimetrales y sus puertas o portones.
 - h) Palapas y pérgolas.
 - i) Sistemas de riego, incluyendo sus redes de tuberías.
 - j) Torres y antenas de transmisión y/o recepción.
 - k) Tanques o silos metálicos o de materiales plásticos.
4. Bienes muebles y la porción del inmueble en sótanos o semisótanos considerándose como tales: cualquier recinto donde la totalidad de sus muros perimetrales se encuentren total o parcialmente bajo el nivel natural del terreno.

Riesgos Excluidos pero que Pueden ser Cubiertos Mediante Contratación de Beneficios Adicionales:

- a) Se excluye como perdida consecuencial en el riesgo de fenómenos hidrometeorológicos la remoción de escombros, salvo que en la Carátula de la Póliza venga contratado el beneficio adicional de remoción de escombros.
- b) Se excluye como derivado de la pérdida consecuencial en el riesgo hidrometeorológico los gastos extras, salvo que en la Carátula de la Póliza venga contratado el beneficio adicional de gastos extras.

Exclusiones Generales Para La Cobertura De Fenómenos Hidrometeorológicos.

1. Bienes Excluidos.

La Compañía en ningún caso será responsable por pérdidas o daños a:

- a) Bienes muebles no anclados, que se encuentren a la intemperie y/o en espacios abiertos.
- b) Edificios que carezcan total o parcialmente de puertas, ventanas o muros macizos completos, cuando dichos edificios no hayan sido diseñados y construidos para

operar bajo estas circunstancias, de acuerdo con los reglamentos de construcción de la zona vigentes a la fecha de la construcción. Esta exclusión se aplica también a los contenidos de estos edificios.

- c) Contenidos y existencias de los bienes mencionados en Bienes Excluidos Que Pueden Ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso número 1)-uno, a menos que los edificios sean destruidos o dañados en sus techos, muros, puertas o ventanas exteriores por la acción directa de los riesgos cubiertos por esta cobertura, que causen aberturas o grietas a través de las cuales se haya introducido el agua, el granizo, el lodo, el viento, o la nieve. Esta exclusión no aplica para daños que hayan sido causados por los riesgos de inundación, de inundación por lluvia o avalancha.
- d) Cultivos en pie, parcelas, huertas, plantas, árboles, bosques, césped, jardines.
- e) Edificios o construcciones con muros y/o techos de lonas de plástico y/o textil.
- f) Animales.
- g) Aguas estancadas, aguas corrientes, ríos, aguas freáticas.
- h) Terrenos, incluyendo superficie, rellenos, drenaje, alcantarillado.
- i) Diques, espigones, escolleras, depósitos naturales, canales, pozos, túneles, puentes, equipos flotantes, instalaciones flotantes.
- j) Cimentaciones e instalaciones subterráneas de cualquier tipo.
- k) Muelles y/o cualquier tipo de bien o instalación que se encuentre total o parcialmente sobre o bajo agua.
- l) Daños a la playa o pérdida de playa.
- m) Campos de golf.
- n) Líneas de transmisión y/o distribución a la intemperie.
- o) Edificios en proceso de demolición.
- p) Edificios en construcción, reconstrucción, remodelación o reparación, cuando no estén completos sus techos, muros, puertas y ventanas exteriores.
- q) Todo bien ubicado entre el muro de contención más próximo a la playa o costa y el límite del oleaje, o los bienes que se localicen dentro de la zona federal, lo que sea menor.
- r) Muros de contención hechos con materiales distintos a concreto armado.
- s) Bienes ubicados en asentamientos irregulares o invadiendo zonas donde exista un dictamen por parte de la autoridad competente que restrinja la habitabilidad y uso de la zona.

2. Riesgos Excluidos

La Compañía no será responsable por pérdidas o daños causados por:

- a) Mojadura o humedades o sus consecuencias, debido a filtraciones:
 - De aguas subterráneas o freáticas.
 - Por deficiencias en el diseño o construcción de techos, muros o pisos.
 - Por fisuras o fracturas de cimentaciones o muros de contención.
 - Por mala aplicación o deficiencias de materiales impermeabilizantes.
 - Por falta de mantenimiento.
 - Por la falta de techos, puertas, ventanas o muros o aberturas en los mismos, o por deficiencias constructivas de ellos.
- b) Mojaduras, viento, granizo, nieve o lluvia al interior de los edificios o a sus contenidos a menos que se hayan originado por el hecho de que los edificios hayan sido destruidos o dañados en sus techos, muros, puertas o ventanas exteriores

por la acción directa de los vientos, o del agua o del granizo o de la nieve o por la acumulación de éstos, que causen aberturas o grietas a través de las cuales se haya introducido el agua, granizo, nieve o viento. Esta exclusión no aplica a los casos de inundación, inundación por lluvia o avalancha.

- c) Corrosión, herrumbre, erosión, moho, plagas de toda especie y cualquier otro deterioro paulatino a consecuencia de las condiciones ambientales y naturales.
- d) El retroceso de agua del alcantarillado y/o falta o insuficiencia de drenaje, en del Asegurado.
- e) La acción natural de la marea.
- f) Inundaciones o inundaciones por lluvia que se confinen sólo a las ubicaciones donde se encuentren los bienes materia del Seguro.
- g) Socavación a edificaciones que se encuentren ubicadas en la primera línea de construcción a la orilla del mar, a menos que se encuentren protegidos por muros de contención con cimientos de concreto armado. Se exceptúa de esta exclusión a los edificios que se encuentren desplantados a más de 15-quince metros sobre el nivel del mar en marea alta.
- h) Daños o pérdidas existentes antes del inicio de vigencia de este Seguro, que hayan sido del conocimiento del Asegurado.
- i) Pérdidas o daños de cualquier tipo ocasionados por deficiencias en la construcción o en su diseño, o por falta de mantenimiento de los bienes materia del Seguro.
- j) Daños causados por contaminación, a menos que los bienes cubiertos sufran daños materiales directos causados por los riesgos amparados, causando contaminación a los bienes cubiertos. No se amparan los perjuicios o gastos ocasionados por la limpieza o descontaminación del medio ambiente (tierra, subsuelo, aire o aguas).
- k) Cualquier daño material o consecuencial derivado de la falta de suministro de agua, electricidad, gas o cualquier materia prima o insumo.
- l) Rapiña, hurto, desaparición, saqueos, asaltos o robos que se realicen antes, durante o después de algún fenómeno hidrometeorológico.

Deductible

En cada evento que origine alguna reclamación por daños materiales causados a consecuencia de los riesgos amparados en esta cobertura, incluyendo su correspondiente remoción de escombros, en caso de que esta cobertura fuese contratada, siempre quedará a cargo del Asegurado una cantidad equivalente al porcentaje que se indica en la Carátula de la Póliza, sobre el valor, real o de reposición de los bienes asegurados, según se haya contratado en la Póliza.

El deducible se aplicará separadamente con respecto a cada edificio o sus contenidos. Si el seguro comprende dos o más edificios o sus contenidos, el deducible se aplicará de manera separada para cada uno de ellos.

Cuando se trate de los bienes contemplados en Bienes Excluidos Que Pueden Ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso, el deducible aplicable será del 15%-quince por ciento de la Suma Asegurada establecida como límite o sublímite en conjunto para este tipo de bienes. Si el Asegurado al momento de la contratación declaró puntualmente los bienes contemplados en Bienes Excluidos Que Pueden Ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso con el detalle de sus valores, el deducible aplicable será el 5%-cinco por ciento sobre el valor declarado que en conjunto tengan dichos bienes.

En caso de tener contratadas las coberturas de Terremoto y/o Erupción Volcánica y Fenómenos Hidrometeorológicos para la misma ubicación y ocurriere un evento que produjese daños directos indemnizables por el sismo y por golpe de mar, se aplicará un solo deducible, el del riesgo cuyo deducible estipulado resulte mayor.

Coaseguro

Es condición indispensable para otorgar la presente cobertura que el Asegurado soporte, por su propia cuenta, una proporción de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga a los bienes materia del Seguro y, en su caso, a sus pérdidas consecuenciales y remoción de escombros, si es que estas coberturas hubiesen sido contratadas. Esta proporción se establece en la Carátula de Póliza.

Para bienes relacionados en Bienes Excluidos Que Pueden Ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso el coaseguro aplicable será de 20%-veinte por ciento del monto de la pérdida o daño indemnizable.

Para riesgo de Golpe de mar se aplicará el coaseguro del 10%-diez por ciento, salvo en los municipios costeros del estado de Guerrero, donde será del 30%-treinta por ciento independientemente del tipo de bien de que se trate.

Estos coaseguros se aplican después de descontados los deducibles aplicables.

Integración de Reclamaciones Por un Evento Hidrometeorológico

Todas las pérdidas originadas por los riesgos cubiertos a los bienes amparados se considerarán como un solo siniestro si ocurren durante un evento que continúe por un periodo hasta de 72-setenta y dos horas a partir de que inicie el daño a los bienes asegurados para todos los riesgos señalados en la Cobertura salvo para inundación, para la cual el lapso se extenderá hasta las 168-ciento sesenta y ocho horas. Cualquier evento que exceda de 72-setenta y dos horas consecutivas para todos los riesgos enunciados en la Cobertura o de 168-ciento sesenta y ocho horas para inundación, se considerará como dos o más eventos, tomados en múltiplos de los límites indicados.

6. Terremoto y/o Erupción Volcánica**Riesgos Cubiertos**

Los bienes amparados por la Póliza quedan también cubiertos contra daños materiales causados directamente por Terremoto y/o Erupción Volcánica.

Si los bienes mencionados o parte de ellos fueren destruidos o dañados dentro de la vigencia del Seguro consignada en la Póliza, La Compañía conviene en indemnizar al Asegurado por el importe de los daños sufridos y demás relativos sin incluir el valor de mejoras (exigidas o no por autoridades) para dar mayor solidez al edificio o edificios afectados o para otros fines, en exceso de aquellas reparaciones necesarias para reponer los bienes al mismo estado en que se encontraban al momento del siniestro.

Los daños amparados por esta Póliza que sean ocasionados por algún Terremoto y/o Erupción Volcánica darán origen a una reclamación separada por cada uno de esos fenómenos; pero si varios de éstos ocurren dentro de cualquier periodo de 72 horas consecutivas durante la vigencia de aquél, se tendrán como un solo siniestro y los daños que causen deberán ser comprendidos en una sola reclamación.

Bienes Excluidos Pero que Pueden ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso para la Cobertura de Terremoto y/o Erupción Volcánica

Salvo convenio expreso, esta Compañía no será responsable por daños de los que cubre esta Póliza a:

- a) **Cimientos, albercas, bardas, patios exteriores, escaleras exteriores y cualesquiera otras construcciones separadas del edificio (o edificios).**
- b) **Muros de contención debajo del nivel del piso más bajo, a muros de contención independientes.**
- c) **Por pérdidas consecuenciales en los términos del endoso respectivo.**

Riesgos Excluidos Pero que Pueden Ser Cubiertos Mediante Contratación de Beneficios Adicionales:

- a) Se excluye como perdida consecuencial en el riesgo de terremoto y erupción volcánica la remoción de escombros, salvo que en la Carátula de la Póliza venga contratado el beneficio adicional de remoción de escombros.
- b) Se excluye como derivado de la pérdida consecuencial en el riesgo de terremoto y erupción volcánica los gastos extras, salvo que en la Carátula de la Póliza venga contratado el beneficio adicional de gastos extras.

Bienes y Riesgos Excluidos que no Pueden Ser Cubiertos para la Cobertura de Terremoto y/o Erupción Volcánica

Esta Compañía en ningún caso será responsable por daños a que esta Póliza se refiere:

- a) A suelos y terrenos.
- b) A cualquier clase de fresco o murales que como motivo de decoración o de ornamentación estén pintados en o formen parte del edificio o edificios o construcciones aseguradas.
- c) Causados próximo o remotamente por reacciones nucleares, radiaciones o contaminaciones radioactivas, ya sean controladas o no y sean o no como consecuencia de Terremoto y/o de Erupción Volcánica.
- d) Por marejada o inundación, aunque estas fueren originadas por alguno de los peligros contra los cuales ampara este Seguro.
- e) Causados por vibraciones o movimientos del subsuelo que sean ajenos al terremoto, tales como hundimientos, desplazamientos y asentamientos normales no repentinos.

Deductible

En cada reclamación por daños materiales a los edificios, construcciones y contenidos amparados por esta cobertura, se aplicarán los deducibles que se indican en la Carátula de Póliza. Los deducibles se expresan en porcentaje y se calcularán sobre el valor real o de reposición de los bienes asegurados, según se haya contratado, menos el coaseguro para cada estructura o edificio. Estos deducibles se aplicarán antes de descontar el coaseguro.

Si el Seguro comprende dos o más ubicaciones o cubre dos o más edificios, construcciones o sus contenidos, el deducible se aplicará separadamente con respecto a cada uno y en su caso con respecto a cada edificio, construcción y/o sus contenidos.

Coaseguro

Es condición indispensable para el otorgamiento de la cobertura, que el Asegurado soporte por su propia cuenta, un coaseguro según indicado en la Carátula de Póliza, de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga a los bienes por Terremoto o Erupción Volcánica.

Esta participación del Asegurado en la pérdida o daño indemnizable se aplicará luego de haber descontado el deducible correspondiente.

Dada la participación en la pérdida a cargo del Asegurado, la Prima de la cobertura se calculará sobre el valor real o de reposición de los bienes asegurados, según se haya contratado, después de aplicar el coaseguro correspondiente.

7. Cristales

Riesgos Cubiertos

- a) Rotura accidental de los cristales o por actos vandálicos.
- b) Por remoción del cristal y mientras éste no quede debidamente instalado.
- c) Al decorado del cristal: plateado, dorado, teñido, pintado, corte, rotulado, realizado y análogos, y sus marcos y bisagras.
- d) Por reparaciones, alteraciones, mejoras y/o pintura de la casa y/o del cristal o cristales asegurados.

Bienes Cubiertos

Cristales propios de la casa habitación asegurada e identificada en la Carátula de la Póliza, que se encuentren debidamente instalados, o que formen parte de los contenidos amparados en la vivienda asegurada.

Riesgos Excluidos

- a) **Raspaduras u otros defectos superficiales.**
- b) **Destrucción de los bienes por actos de autoridad legalmente reconocida con motivo de sus funciones.**

8. Robo Con Violencia y/o Asalto

Coberturas

I. Robo de Contenidos

Riesgos Cubiertos

- a) Robo perpetrado por cualquier persona que haciendo uso de violencia del exterior al interior del inmueble en que los bienes se encuentren, deje señales visibles de violencia por el lugar donde se penetró.
- b) Robo por asalto o intento de asalto perpetrado mediante uso de violencia física o moral sobre las personas.
- c) Daños a bienes muebles e inmuebles con motivo del robo o intento de robo.
- d) Los gastos de reponer documentos no negociables, tales como actas de nacimiento, planos y actas de matrimonio, entendiéndose por esto los gastos intrínsecos de reponer el documento y no el valor que representan dichos documentos.

Bienes Cubiertos

1. Menaje de casa incluyendo artículos deportivos, Obras de Arte y Joyas (incluye relojes) propiedad del Asegurado que se encuentren dentro del edificio descrito en la Carátula de la Póliza, así mismo se amparan bienes que por su propia naturaleza deban permanecer a la intemperie dentro del predio descrito en la Póliza.

Bienes Excluidos

- a) **Bienes que se encuentren en patios, azoteas, jardines o en otros lugares análogos al aire libre, cuando no exista violencia para su sustracción.**
- b) **Lingotes de oro y plata.**
- c) **Pedrería que no esté montada.**
- d) **Timbres postales o fiscales y/o cualquier título de crédito.**
- e) **Animales.**
- f) **Automóviles, motocicletas, aviones, botes u otros vehículos automotores.**
- g) **Aparatos y/o equipos de medición portátiles de toda índole.**
- h) **Equipos electrónicos considerados como móviles y/o portátiles.**

- i) Bienes que no sean propiedad del Asegurado.
- j) Dinero en efectivo.
- l) Confiscación y/o decomiso por regulación aduanal o requisición de autoridades.
- m) Bienes distintos a menaje de casa.
- n) Monedas y papel moneda de colección o clasificadas.

Riesgos Excluidos

- a) Robo sin violencia, desaparición y la pérdida o extravío de cualquier clase de contenido.
- b) Actos de huelguistas o personas que tomen parte en paros, disturbios de carácter obrero, motines, alborotos populares, vandalismo o actos de personas mal intencionadas, durante la realización de tales actos.
- c) Pérdidas o daños directamente causados por saqueos o robo que se realicen durante o después de la ocurrencia de algún fenómeno meteorológico o sísmico, conflagración, reacción o radiación nuclear, contaminación radioactiva o cualquier evento de carácter catastrófico, que propicie que dichos actos se cometan en perjuicio del Asegurado.
- d) Confiscación por irregularidades aduanales, nacionalización o requisición por autoridades.
- e) Cualquier pérdida consecuencial.

II. Dinero en Efectivo Dentro del Hogar

Riesgos Cubiertos

- Robo por asalto o intento de asalto perpetrado mediante uso de violencia física o moral sobre el Asegurado o de cualquier miembro de su familia que habite permanentemente en el Inmueble asegurado y que sea dependiente económico del Asegurado.
- Daños Materiales al inmueble o caja fuerte a consecuencia de robo, intento de robo, asalto o intento de asalto, siempre y cuando haya huella de fuerza o violencia física causada.
- Incendio y/o Explosión por los cuales se causen pérdidas o daños al inmueble o caja fuerte.

Bienes Cubiertos

Dinero en efectivo hasta el monto de suma asegurada mencionado en la Carátula de la Póliza, dentro del domicilio amparado en la Póliza por robo con violencia y/o asalto.

Bienes Excluidos

- a) Timbres postales o fiscales y/o título de crédito.
- b) Cualquier otro bien que no sea considerado como Dinero en Efectivo.

Riesgos Excluidos

- a) Robo sin violencia.
- b) Extravío.

9. Responsabilidad Civil Familiar

Coberturas

I. Responsabilidad Civil Familiar

Cobertura

- a) Se cubren los daños, así como los perjuicios y daño moral que el Asegurado cause a terceros y por lo que éste deba

responder, por hechos u omisiones no dolosos ocurridos dentro de la vigencia de esta Póliza, que causen la muerte o menoscabo de la salud de dichos terceros, el deterioro o destrucción de bienes propiedad de los mismos, dentro del siguiente supuesto:

Como propietario y/o condómino de uno o varios departamentos o casa habitación (incluye las habitadas los fines de semana o en vacaciones) y sus garajes, jardines, piscinas, antenas, instalaciones de seguridad y demás pertenencias o accesorios. Se incluye la responsabilidad civil legal del Asegurado, por daños ocasionados a las áreas comunes del condominio en el cual tenga su habitación; sin embargo, de la indemnización a pagar por La Compañía, se descontará un porcentaje, a modo de deducible, equivalente a la proporción que el Asegurado posea como copropietario de dichas áreas comunes.

- b) El pago de gastos de defensa del Asegurado, dentro de las condiciones de esta sección, esta cobertura incluye entre otros:
1. 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, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional, si éstas procedieren, o condicional durante un proceso penal. Este gasto estará cubierto en forma adicional, pero sin exceder de una suma igual al 50%-(cincuenta por ciento) del límite de responsabilidad asegurado en esta sección.
 2. El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el Asegurado por resoluciones judiciales o arbitrales que hayan causado ejecutoria, teniendo como límite la suma asegurada contratada.

La ocurrencia de varios daños durante la vigencia de la Póliza, procedentes de la misma, o igual causa, será considerada como un solo siniestro, el cual, a su vez, se tendrá como realizado en el momento que se produzca el primer daño de la serie.

Lo antes mencionado se ampara solamente dentro de los límites de la República Mexicana con excepción del inciso h) Riesgos Cubiertos de esta sección.

Riesgos Cubiertos

- a) Como jefe de familia.
- b) Por daños ocasionados a consecuencia de incendio y/o explosión de la vivienda.
- c) Por daños ocasionados a consecuencia de derrame de agua accidental e imprevisto.
- d) Por la práctica de deportes como aficionado.
- e) Por el uso de bicicletas, patinetas, embarcaciones de pedal o remo y vehículos no motorizados.
- f) Por la tenencia o uso de armas blancas de aire o de fuego, para fines de cacería o de tiro al blanco, cuando esté legalmente autorizado.
- g) Como propietario de animales domésticos, de caza y guardianes.
- h) Durante viajes de estudio, de vacaciones o de placer, dentro y fuera de la República Mexicana, para fuera de la República Mexicana hasta un sublímite del 20%-veinte por ciento de la suma asegurada contratada y mencionada en la Carátula de la Póliza en Responsabilidad Civil Familiar.
- i) Daños ocasionados con vehículos motorizados por personas que dependan civil y económicamente del titular de la Póliza, siempre que dichos vehículos no requieran de placas o de permisos específicos para su circulación.
- j) Actos propios.
- k) Actos de los hijos, sujetos a patria potestad del Asegurado, por los que legalmente deba responder frente a terceros.
- l) Actos de los trabajadores domésticos, en tanto actúen dentro del desempeño de sus funciones, así como la de aquellas personas que efectúen una labor de mantenimiento, construcción y/o remodelación en la vivienda del Asegurado.
- m) Actos de los incapacitados sujetos a la tutela del Asegurado.
- n) El cónyuge del Asegurado.

- o) Los padres del Asegurado o cónyuge sólo si vivieran permanentemente con el Asegurado y dependan económicamente de él.
- p) Los hijos e hijas mayores de edad que por estudios o soltería siguieren viviendo de manera permanente con el Asegurado y dependan económicamente de él.

II. Responsabilidad Civil Doméstica

Riesgos Cubiertos

La responsabilidad que resulte ante los trabajadores domésticos por riesgos de trabajo, otorgándose las prestaciones marcadas en el Título IX de la Ley Federal del Trabajo con límite en la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza.

La presente se extiende a cubrir los daños en sus bienes y en sus personas a empleados domésticos que trabajen para el Asegurado, cuando se encuentren en el ejercicio de sus funciones, dentro y fuera de las propiedades del mismo.

III. Responsabilidad Civil Arrendatario

Riesgos Cubiertos

- a) La responsabilidad civil legal por daños que, por incendio o explosión, se causen al inmueble o inmuebles que el Asegurado haya tomado, totalmente o en parte, en arrendamiento para ser usado como casa habitación, siempre que dichos daños le sean imputables legalmente.
- b) Responsabilidades por daños ocasionados a bienes propiedad de terceros, que estén en poder del Asegurado por arrendamiento, comodato, depósito o por disposición de la autoridad.

Exclusiones Generales Aplicables a la Cobertura de Responsabilidad Civil Familiar

- a) Daños a bienes de terceros que el Asegurado tenga en custodia, arrendamiento o depósito (la presente exclusión no aplica para la cobertura de RESPONSABILIDAD CIVIL ARRENDATARIO).
- b) Daños causados por aeronaves.
- c) Daños causados por automóviles, remolques, vehículos de carga y/o cualquier otro tipo de vehículo automotor de uso comercial, con excepción de lo mencionado dentro de la Cobertura denominada Responsabilidad Civil en Exceso.
- d) Responsabilidades que resulten con motivo del ejercicio de la profesión, del trabajo o del negocio del Asegurado o su cónyuge.
- e) Daños por inconsistencia, hundimiento o asentamiento del suelo o subsuelo.
- f) Daños causados por terremoto.
- g) Daños por participación en apuestas, carreras, concursos o competencias deportivas a nivel profesional, o de sus pruebas preparatorias.
- h) Los daños derivados del uso, propiedad o posesión de embarcaciones o aeronaves Pilotada a Distancia (RPAS/ dron).
- i) Daños derivados de la explotación de una industria o negocio, del ejercicio de un oficio, profesión o servicio retribuido, de un cargo o actividad de cualquier tipo, aun cuando sean honoríficos.
- j) El incumplimiento de contratos o convenios, cuando dicho incumplimiento no haya producido la muerte o menoscabo de la salud de terceros, o el deterioro o destrucción de bienes propiedad de los mismos.
- k) Responsabilidad por prestaciones sustitutorias de incumplimiento de contratos o convenios.

- I) Daños ocasionados dolosamente por el Asegurado o con su complicidad.
- m) Daños sufridos por el cónyuge, los padres, hijos, hermanos, padres o hermanos políticos y otros parientes del Asegurado que habiten temporal o permanentemente con él, y no sean dependientes económicos.
- n) Responsabilidades imputables al Asegurado de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social u otra disposición complementaria de dichas leyes.
- o) Daños a la obra misma de construcción, instalación o montaje, ni a los aparatos, equipos y materiales o maquinaria de construcción empleados para la ejecución de la obra.
- p) Daños a inmuebles, derivados de trabajos del derribo y demolición, que produzcan en un círculo cuyo radio equivalga a la altura de la construcción a demoler o derribar.
- q) Daños materiales derivados de trabajos con explosivos, ocasionados a inmuebles dentro de un radio de ciento cincuenta metros con respecto al lugar de la explosión.
- r) Daños ocasionados a los terrenos, edificios, partes de edificios o instalaciones a apuntalar, socalzar o recalzar; así como los daños por no apuntalar, socalzar o recalzar, cuando estas actividades debieran hacerse.
- s) Reclamaciones de responsabilidad civil, por daños o afectaciones a líneas eléctricas, telefónicas y de gas, sean interiores, exteriores, aéreas o subterráneas y los perjuicios que de estas se puedan generar.
- t) Reclamaciones de los miembros de un consorcio de trabajo entre sí, ni reclamaciones del consorcio frente a sus miembros o viceversa.
- u) Daños ocasionados a bienes propiedad del contratista.
- v) Daños por defectos en los productos utilizados en la construcción.
- w) Lesiones ocasionadas a personas que trabajen o realicen trabajos para el Asegurado en la misma obra.
- x) Instalaciones subterráneas.
- y) Daños a equipos electrónicos móviles

10. Equipo Electrónico

Coberturas

I. Daños Materiales a Equipo Electrónico Fijo

Riesgos Cubiertos

- a) Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados.
- b) La acción directa de la energía eléctrica como resultado de cortos circuitos, arcos voltaicos, y otros efectos similares.
- c) Errores en diseño, defectos de construcción, fundición y uso de materiales defectuosos.
- d) Descompostura, rotura o destrucción debida a la impericia o descuido de cualquier persona.
- e) Rotura debida a fuerza centrífuga.
- f) Otros daños ocurridos a los bienes asegurados no excluidos por la Póliza.

El número de eventos amparados para esta cobertura estará especificado en la Carátula de la Póliza.

El Periodo de Carencia para esta cobertura aplicable será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Bienes Cubiertos

Cualquier tipo de equipo eléctrico o maquinaria de uso doméstico incluyendo boilers que se encuentren dentro o fuera del edificio descrito como ubicación del riesgo, ya sea que hayan sido desmontados para reparación, limpieza, revisión, reacondicionamiento, o cuando sean desmontados, trasladados, montados o probados en el domicilio señalado.

Bienes Excluidos

- a) **Equipos que hayan sido reparados provisionalmente por el Asegurado, o por personal a cargo del mismo.**
- b) **Bandas de transmisión de todas clases, cadenas y cables de acero.**
- c) **Combustibles, lubricantes, medios refrigerantes y otros medios de operación, no quedan cubiertos por esta Póliza, a excepción del aceite usado en transformadores e interruptores eléctricos y del mercurio utilizado en rectificadores de corriente.**

Riesgos Excluidos

- a) **Fallas o defectos existentes al inicio de vigencia de este seguro.**
- b) **Desgaste o deterioro paulatino, como consecuencia del uso o del funcionamiento normal, cavitaciones, erosiones, corrosiones, herrumbres o incrustaciones.**
- c) **Incendio, extinción de incendios, derrumbes o remoción de escombros después de incendio, impacto de rayo y contaminación radioactiva.**
- d) **Robo, extravío y desaparición.**
- e) **Defectos estéticos tales como, raspaduras, ralladuras de superficies pulidas, pintadas o barnizadas.**
- g) **Deficiencias de capacidad o rendimiento.**
- h) **Daños materiales que sufran equipos móviles y/o portátiles.**

II. Daños Materiales a Equipo Electrónico Móvil (Sin Celular)**Riesgos Cubiertos**

Toda pérdida o daño material directo sobre los bienes cubiertos, salvo lo expresado en las exclusiones, originado por un suceso accidental, súbito y no previsto que haga necesaria la reparación y/o reemplazo de los bienes cubiertos o parte de ellos, a fin de dejarles en condiciones similares a las existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro.

El Equipo Electrónico Móvil queda cubierto mientras sea transportado o se encuentre en cualquier parte del mundo.

Bienes Cubiertos

Contratada esta cobertura y especificada dentro de la Carátula de la Póliza, ésta se extiende a cubrir el Equipo Electrónico Móvil Sin Celular que única y exclusivamente se encuentre en funcionamiento dentro y fuera del inmueble asegurado que sea propiedad del Asegurado y/o que se encuentre bajo su custodia y/o responsabilidad **con excepción de teléfonos celulares.**

III. Robo de Equipo Electrónico Móvil (Sin Celular)**Bienes Cubiertos**

Este seguro cubre los equipos electrónicos móviles cuando dicha cobertura aparezca como contratada en la Carátula de la Póliza contra el robo de los bienes asegurados dentro y fuera del inmueble asegurado y descrito en la Carátula de la Póliza como ubicación del riesgo, siempre que dicho robo sea perpetrado por cualquier persona o personas que, haciendo uso de violencia del exterior al interior del medio de transporte en que se encuentren los bienes, dejen

señales visibles de la violencia en el lugar por donde se penetró para la apertura o sustracción de los bienes, se haga uso de violencia, de la que queden huellas visibles o por asalto. El Equipo Electrónico Móvil con excepción de teléfonos celulares queda cubierto mientras sea transportado y/o se encuentre en cualquier parte del mundo.

Riesgos y Bienes Excluidos Para la Cobertura de Daños Materiales Equipo Electrónico Móvil (Sin Celular) y Robo A Equipo Electronico Movil (Sin Celular)

La Compañía no será responsable por pérdidas o daños que sobrevengan por las siguientes causas:

1. **Equipo Celular (Móvil), entendiéndose como el dispositivo electrónico para telecomunicaciones personales con red inalámbrica,**
2. **Fallas o defectos existentes al inicio de la vigencia de este seguro.**
3. **Pérdidas o daños que sean consecuencia directa del funcionamiento prolongado o deterioro gradual debido a condiciones atmosféricas o ambientales tales como:**
 - Desgaste
 - Incrustación
 - Erosión
 - Agrietamiento
 - Corrosión
 - Cavitación
4. **Cualquier gasto efectuado con el objeto de corregir deficiencias de capacidad u operación del equipo asegurado.**
5. **Pérdidas o daños de los que sea legal o contractualmente responsable el fabricante o el proveedor de los bienes asegurados.**
6. **Pérdidas o daños a equipos tomados en arrendamiento o alquiler, cuando la responsabilidad recaiga en el arrendador ya sea legalmente o según convenio de arrendamiento y/o mantenimiento.**
7. **Defectos estéticos, tales como raspaduras de superficies pintadas, pulidas o barnizadas, a menos que estas partes sean afectadas por un riesgo amparado por esta Póliza.**
8. **Cualquier gasto erogado con respecto al mantenimiento.**
9. **Pérdidas consecuenciales.**
10. **Equipos en Desuso y/u obsoletos.**
11. **Robo; (La presente exclusión aplica excepto de que se encuentre contratada y especificada en la Carátula de la Póliza, la Cobertura de Robo de Equipo Electrónico Móvil (SIN Celular) o Robo de Equipo Electrónico Móvil. cuando sea contratada bajo convenio expreso entre La Compañía y asegurado)**
12. **Actos dolosos o culpa grave.**
13. **Hostilidades, actividades u operaciones de guerra declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra intestina, revolución, terrorismo, rebelión, insurrección, suspensión de garantías, o acontecimientos que originen esas situaciones de hecho o de derecho, actos ejecutados por persona o personas con fin de derrocar o presionar al gobierno, ni por explosión de bombas o artefactos explosivos.**
14. **Decomiso, incautación o detención de los bienes por las autoridades.**
15. **Huelgas, tumultos y conmoción civil.**
16. **Daños causados por fenómenos de la naturaleza, tales como terremoto, temblor, erupción volcánica, huracán, ciclón, tempestad, vientos, heladas, granizo, inundación,**

- desbordamiento y alza de nivel de aguas, enfangamiento, hundimiento y desprendimiento de tierra o de rocas.**
- 17. Rotura, desgaste o deterioro paulatino.**
- 18. Abandono y/o descuido de los equipos.**
- 19. Equipos instalados en vehículos motorizados**
- 20. Equipos que se utilicen bajo el agua**
- 21. Pérdidas o daños por cualquier causa, mientras que los bienes mencionados se encuentren instalados en o transportados por una aeronave, artefactos aéreos o embarcaciones.**
- 22. Equipos ensamblados por el usuario final.**

11. Contenidos en Refrigerador

Riesgos Cubiertos

Por la contratación de esta cobertura La Compañía se obliga a pagar al Asegurado una indemnización por el valor de los alimentos y/o medicamentos que se encuentren en el interior del refrigerador y que sufran descomposición a consecuencia de falla o la falta de energía en el sistema de refrigeración hasta el monto especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgos y Bienes Excluidos

- a) Alimentos y/o medicamentos que no requieran de refrigeración.**
- b) Alimentos y/o medicamentos con fecha de caducidad vencida.**
- c) Daños a los contenidos refrigerados por la falta de energía de manera intencional o durante su reparación y/o mantenimiento.**

Obligaciones del Asegurado Para la Cobertura de Contenidos en Refrigerador

La cobertura queda sujeta al cumplimiento por parte del Asegurado, respecto al refrigerador, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Mantener los bienes asegurados en buen estado de funcionamiento.**
- b) No sobrecargarlos habitual o intencionalmente o utilizarlos en trabajos para los que no fueron construidos.**
- c) Cumplir con las instrucciones de los fabricantes sobre la instalación y funcionamiento de los bienes.**

Condiciones Aplicables a Todas las Secciones de Hogar y/o Coberturas

Primer Riesgo Aplicable a Todas las Secciones

La Compañía pagará íntegramente el importe de los daños sufridos con límite en la suma asegurada, sin aplicar proporción indemnizable.

Límite de Indemnización Aplicable a Todas las Secciones

El límite de responsabilidad para La Compañía, será la Suma Asegurada y número de Eventos que para cada cobertura se indica en la Carátula de la Póliza.

Deductibles

En caso de siniestro, siempre quedará a cargo del Asegurado una cantidad denominada deducible, la cual se menciona en la Carátula de la Póliza de acuerdo con las coberturas contratadas.

Para Responsabilidad Civil: Si el Asegurado hubiere contratado la cobertura con la aplicación de un deducible, la Compañía responderá por los daños ocasionados a los terceros, sin condicionar al pago previo de dicho deducible.

Indemnización para las coberturas de incendio de edificio y contenidos, cristales, robo con violencia y/o asalto, responsabilidad civil familiar y equipo electrónico.

Indemnización para esta Sección

La responsabilidad máxima de la Compañía, procedente al amparo de las secciones aseguradas se realizará conforme a lo que se indica a continuación:

a) Valor de Reposición

En todo siniestro procedente y salvo pacto en contrario, la Indemnización que realice la Compañía será la suma requerida para la construcción o reparación del bien dañado, sin considerar deducción alguna por depreciación física, pero incluyendo costo de fletes, derechos aduanales y gastos de montaje, si los hubiere, teniendo como límite la Suma Asegurada contratada.

b) Valor Real

En caso de indicarse en la Carátula de la Póliza la contratación de la indemnización a Valor Real para las coberturas INCENDIO CONTENIDOS, EQUIPO ELECTRÓNICO FIJO, la Compañía indemnizará íntegramente sin exceder del Valor de Reposición que tengan los bienes y descontará a dicho valor el efecto de uso y desgaste que presentan los bienes a la fecha de ocurrencia del siniestro, considerando para tal fin, la siguiente tabla de depreciación mensual:

Tabla de depreciación mensual aplicable a Contenidos en general, Equipo Electrónico Fijo, Contenidos en general	1%
---	----

La depreciación máxima será del 50% respecto de cada bien dañado, independientemente de la antigüedad del dicho bien, o cuando no sea factible determinar la antigüedad del bien.

Procedimiento en Caso de Siniestro

A. Precauciones

El Asegurado deberá ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño, si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la Compañía, debiendo atenderse a lo que se le indique. Los gastos hechos por el Asegurado, que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la Compañía, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos.

Si el Asegurado no cumple con las obligaciones que impone el párrafo anterior, la Compañía, tendrá el derecho de limitar o reducir la indemnización, hasta el valor que hubiere ascendido si el Asegurado hubiere cumplido con dichas obligaciones.

B. Derechos de la Compañía

La Compañía, en caso de siniestro que afecte los bienes, podrá optar por sustituirlos o repararlos a satisfacción del Asegurado, o bien pagar en efectivo el valor de los mismos en la fecha del siniestro y sin exceder de la suma asegurada en vigor.

Documentos, e información que el Asegurado y/o Beneficiario deben entregar a la Compañía**A. Para el Caso de las Coberturas Incendio del Edificio, Incendio de los Contenidos, Cristales, Robo Con Violencia y/o Asalto y Equipo Electrónico:**

El Asegurado estará obligado a comprobar la exactitud de su reclamación y de cuantos extremos estén contenidos en la misma, y entregará a la Compañía, los documentos y los datos siguientes:

- Un estado de los daños causados por el siniestro, indicando del modo más detallado y exacto que sea posible, cuáles fueron los bienes robados o dañados, así como el monto del daño correspondiente, teniendo en cuenta el valor de dichos bienes en el momento del siniestro.
- Notas de compraventa, facturas o certificados de avalúo, o cualquier otro documento que sirva para apoyar su reclamación y acredite la propiedad de los bienes a favor del Asegurado, o su responsabilidad civil respecto de los bienes de que se trate.
- Para el caso de la Cobertura de DINERO EN EFECTIVO DENTRO DEL HOGAR se deberá acreditar el monto robado mediante comprobantes bancarios que amparen el retiro y/o disposición con un máximo de 30 –treintadías naturales previos al robo.
- Una relación detallada de todos los seguros que existan sobre los bienes.
- Todos los datos relacionados con las circunstancias en las cuales se produjo y copias certificadas de las actuaciones practicadas por el Ministerio Público o por cualquier otra autoridad que hubiere intervenido en la investigación, con motivo de la denuncia que deberá presentar el Asegurado acerca del siniestro o de hechos relacionados con el mismo.
- La Compañía tiene el derecho de solicitar al asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

B. Para el Caso de la Cobertura de Responsabilidad Civil**1. Aviso de Reclamación**

El Asegurado se obliga a comunicar a la Compañía, tan pronto tenga conocimiento, las reclamaciones o demandas recibidas por él o por sus representantes, a cuyo efecto le remitirá los documentos o copias de los mismos, que con ese motivo se le hubiesen entregado y la Compañía, se obliga a manifestarle de inmediato y por escrito, que no asume la dirección del proceso si ésta fuere su decisión. Si no realiza dicha manifestación en la forma prevista, se entenderá que la Compañía, ha asumido la dirección de los procesos seguidos contra el Asegurado y éste deberá cooperar con ella, en los términos de los siguientes incisos de esta Cláusula.

En el supuesto de que la Compañía, no asuma la dirección del proceso, otorgará un anticipo al Asegurado, hasta la cantidad que se obligó a pagar por este concepto, para que éste cubra los gastos de su defensa, la que deberá realizar con la diligencia debida.

En caso de que el Asegurado no cumpla con lo señalado en este apartado, la Compañía se libera de las obligaciones derivadas del siniestro materia de la reclamación.

2. Cooperación y Asistencia del Asegurado con Respecto a la Compañía.

El Asegurado se obliga, en todo procedimiento que pueda iniciarse en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro:

- A proporcionar los datos y pruebas necesarios, que le hayan sido requeridos por la Compañía, para su defensa.
- A ejercer y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en derecho. A comparecer en todo procedimiento.
- A otorgar poderes a favor de los abogados que la Compañía, designe para que lo representen en los

citados procedimientos, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos.

Todos los gastos que sean autorizados por la Compañía y que efectúe el Asegurado para cumplir con dichas obligaciones, serán sufragados con cargo a la suma asegurada relativa a gastos de defensa.

Si la Compañía, obra con negligencia en la determinación o dirección de la defensa, la responsabilidad en cuanto al monto de los gastos de dicha defensa no estará sujeta a ningún límite.

El incumplimiento de estas obligaciones por parte del Asegurado, libera a la Compañía, de las obligaciones asumidas en esta Póliza.

3. Reclamaciones y Demandas

La Compañía, queda facultada para efectuar la liquidación de las reclamaciones judiciales o extrajudiciales, para dirigir juicios o promociones ante autoridad y para celebrar convenios.

No será oponible a la Compañía, cualquier reconocimiento de adeudo, transacción, convenio u otro acto jurídico que implique reconocimiento de las responsabilidades del Asegurado, realizado sin conocimiento de la Compañía, con el fin de aparentar una responsabilidad que, de otro modo, sería inexistente o inferior a la real, la confesión de materialidad de un hecho por el Asegurado, no puede ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.

4. Reembolso

Si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el Asegurado, éste será reembolsado proporcionalmente por la Compañía, siempre que la Compañía tenga conocimiento con antelación de dicho pago y sea autorizado por ésta.

Riesgos Excluidos Aplicables a Todas las Coberturas de la Sección de Hogar, Con Excepción de Aquellas en las que la Cobertura y/o Sección Expresamente Ampare el Riesgo

1. Fenómenos Hidrometeorológicos, Terremoto y/o Erupción Volcánica, salvo que aparezcan como amparadas en la Carátula de la Póliza, excepto para la cobertura de Cristales.
2. Destrucción de los bienes por actos de autoridad legalmente reconocida, con motivo de sus funciones.
3. Por hostilidades, actividades u operaciones de guerra declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, suspensión de las garantías constitucionales.
4. Dolo o mala fe del Asegurado, sus Beneficiarios o causahabientes, o de los apoderados de cualquiera de ellos. Actos u omisiones deshonestos del Asegurado, abuso de confianza de algún asociado, agente o empleado de él, que actúen coludidos con el Asegurado, con el fin de obtener un beneficio ilícito.
5. Expropiación, requisición, secuestro, decomiso, incautación o detención de los bienes por las autoridades legalmente reconocidas, con motivo de sus funciones, excepto destrucción por orden de una autoridad pública para prevenir la propagación de incendio o explosión, o se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.
6. Reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
7. Daños causados por falta de suministro público de gas, agua y/o energía eléctrica, con excepción de los bienes amparados en la cobertura de Contenidos en Refrigerador de las presentes condiciones.

8. Gastos de mantenimiento y los ocasionados por mejoras y/o adaptaciones.
9. Pérdidas o daños a bienes cubiertos, a consecuencia directa del funcionamiento continuo (desgaste, cavitación, erosión, corrosión, incrustaciones) o deterioro gradual debido a las condiciones atmosféricas o ambientales, o bien la sedimentación gradual, de impurezas en el interior de tuberías.
10. Por robo sin violencia, pérdida o extravío. Se entenderá por robo sin violencia, aquél que no deje señales visibles de violencia del exterior al interior del inmueble en el lugar por donde se penetró.
11. Terrorismo y secuestro.
12. Cualquier proyectil bélico que utilice fisión o fusión atómica o fuerza radioactiva, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
13. Daños causados por incumplir con disposiciones legales.
14. Defectos en la construcción o en el diseño.

Cláusula 2ª. Exclusiones Generales para todas las Secciones y/o coberturas

Para 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 del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias 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 viajare como Pasajero.
9. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.
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.
12. La práctica tanto en capacitación, entrenamiento o competencia, ya sea en carácter profesional, Amateur o recreativo de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, entre otros: Motociclismo, automovilismo, boxeo, rugby, polo, moto de nieve, esquí en agua, arena o cualquiera de sus formas, cuadriciclos, 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, salvo lo estipulado en la cobertura Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo.

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 de ocurrido 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 contratada las coberturas Renta Diaria por Hospitalización por COVID-19, Renta Diaria por Hospitalización en Terapia Intensiva por COVID-19.
16. Pérdidas o daños materiales por dichos actos que, con un origen mediato o inmediato, sean el resultante del empleo de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego, o por cualquier otro medio, en contra de las personas, de las cosas o de los servicios públicos y que, ante la amenaza o posibilidad de repetirse, produzcan alarma, temor, terror o zozobra en la población o en un grupo o sector de ella.

También excluye las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, causados por, o resultantes de, o en conexión con cualquier acción tomada para el control, prevención o supresión de cualquier acto de terrorismo.

Servicios de Asistencia

CHUBB SEGUROS MÉXICO, S.A. (en adelante “La Compañía”) a través del Proveedor de Asistencia que este designe (En adelante “El Proveedor”), quien brindará a el Asegurado y/o Beneficiario los servicios de asistencia que para tal efecto se haya contratado y aparezca como contratado en la Carátula de la Póliza, servicio que será brindado conforme a lo expresado en este contrato

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

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. **En ningún caso se pagará reembolso.**

Los servicios de asistencia cubiertos en el presente contrato son los que se mencionan a continuación:

1. Check Up Médico

Descripción: De tener amparada alguna de las coberturas de renta diaria por hospitalización, y además tener contratada este servicio de asistencia, la Compañía otorgará el siguiente servicio al Asegurado siempre que, a petición de un médico, el Asegurado deba realizarse estudios médicos de gabinete.

El servicio de asistencia consistirá en que el prestador de Servicios coordinará y obtendrá una cita a efecto de que el Asegurado se pueda practicar los estudios solicitados por el médico, el proveedor pondrá a disposición del Asegurado la red de laboratorios con los que se puede realizar la coordinación y cita a fin de que éste elija el laboratorio. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con EL PRESTADOR. Atención telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Para tal efecto, el Asegurado deberá contactar al Proveedor a fin de señalárselo el tipo de estudio requerido por el médico tratante, el Proveedor le indicará los laboratorios con los que tiene contacto a fin de concertar la cita. El Asegurado elegirá el laboratorio, el Proveedor concertará la cita con el laboratorio y le proporcionará al Asegurado un formato para la realización de los estudios o un vale digital.

En caso de que el Asegurado no pueda acudir a la cita programada, deberá comunicarlo al Proveedor, con cuando menos 2 días de anticipación, de lo contrario se cancelará el servicio.

Así mismo, el Asegurado será responsable de acudir directamente ante el laboratorio para la entrega de los resultados, EL PRESTADOR, en ningún momento y por ningún motivo tendrá acceso a la información del Asegurado ni la enviará a éste por tratarse de información confidencial sensible, a la cual únicamente tendrá acceso el Asegurado.

Las citas estarán sujetas de conformidad con la disponibilidad de los laboratorios, y el Beneficiario deberá ajustarse a los términos y condiciones de las sucursales y clínicas.

Límite de asistencia: El estipulado en la Carátula de la Póliza

Eventos al año: 1 evento al año durante la vigencia del servicio, posterior a 60 días de inicio de vigencia

2. Apoyo Para el Traslado en Taxi de Aplicación

Descripción: De tener amparada alguna de las coberturas de Incendio, Rayo y Explosión y/o así como la de Robo con Violencia y/o Asalto, a solicitud del Asegurado y por emergencia cuando éste no pudiera desplazarse por sus propios medios, y cuando a causa de que un incidente derivado de un incendio, rayo, explosión o robo impida al asegurado residir temporalmente en el Inmueble Asegurado, el Prestador gestionará el apoyo con un traslado al destino señalado por el Asegurado.

En caso de exceder el monto máximo de apoyo, éste deberá ser cubierto por el Asegurado directamente por el proveedor. No aplica reembolso.

Límite de la Asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza.

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

3. Asistencia de Electricidad o Plomería o Cerrajería o Albañilería o Vidriería o Fuga de Gas

Descripción: En caso de tener amparada alguna de las coberturas de Hogar, a solicitud del Asegurado, en casos de emergencia en el domicilio Asegurado, se gestionará el envío de un técnico en la siguiente especialidad:

- **Electricidad:** Envío del PROVEEDOR en caso de falta de energía eléctrica, resultado de fallas o avería de las instalaciones eléctricas en el interior del domicilio, quien se encargará de la reparación de urgencia necesaria para restablecer el suministro de energía eléctrica, siempre que no exista disposición de autoridad que lo prohíba, que las condiciones climatológicas y que el estado de las instalaciones lo permita.

Se excluye la reparación de elementos de iluminación, lámparas, focos, bombillas, tubos, fluorescentes, apagadores, contactos, averías de bombas eléctricas y aparatos electrodomésticos y en general cualquier aparato que funcione con suministro de energía eléctrica.

- **Plomería:** Envío del PROVEEDOR para la reparación de las tuberías, llaves u otras instalaciones fijas de agua de la vivienda del Asegurado, rotas o con fugas siempre y cuando no exista disposición de autoridad que lo impida, que las condiciones climatológicas y que el estado de las instalaciones lo permita.

Se excluye la reparación y destapado de drenajes interiores o exteriores del bien Asegurado, reparación de cualquier elemento ajeno a tuberías, cañerías y llaves, reparación de daños por filtración o humedades.

Se excluyen servicios de plomería, que no requieran de una atención inmediata y que sean mejoras u ornamentos estéticos.

- **Cerrajería:** Envío del PROVEEDOR para la apertura de una puerta exterior de la vivienda del Beneficiario, en caso de pérdida, extravío o robo de llaves o cuando la cerradura haya quedado inservible por descompostura, accidente o intento de robo, o una puerta interior si hubiera una persona atrapada en el interior de esa habitación, debiendo el Asegurado estar presente en todo momento durante la reparación.

Se excluye la apertura de cerraduras eléctricas o controladas con sistemas electrónicos o a sistemas de seguridad.

- **Albañilería:** Reparación de paredes o superficies como consecuencia de un servicio eléctrico o de plomería.

Se excluyen los servicios de albañilería que no requieran de una atención inmediata y que sean mejoras u ornamentos estéticos.

- **Vidriería:** En caso de rotura de vidrios o cristales de puertas o ventanas que formen parte de la fachada de la vivienda del Asegurado (únicamente vidrios exteriores, entendiéndose por tal ventanas o puertas de cristal que formen parte de la fachada de la vivienda que no se encuentren en el interior de la casa), como consecuencia de una situación accidental y que ponga en riesgo la integridad del edificio y las personas, EL PRESTADOR gestionará el envío de un proveedor que procederá a la reposición del vidrio o cristal afectado por la rotura.

Se excluye la reparación de cristales que se encuentren en el Interior del domicilio del bien asegurado. El costo del cristal será a cargo del Asegurado. No aplica reembolso.

- **Fuga de Gas:** Envío de un técnico exclusivamente para la reparación de fugas de gas expuestas en las instalaciones o en los aparatos gasodomésticos, siempre y cuando no exista disposición de autoridad que lo impida y que el estado de las instalaciones lo permita. El Proveedor del Servicio sólo será un auxiliar de las autoridades cuya obligación es la atención de la emergencia. Este servicio no releva al Asegurado de su obligación de avisar a la autoridad local de la fuga, conforme a la normatividad de Protección Civil local.

Se excluye la reparación de tuberías enterradas. No aplica reembolso.

Límite de la Asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: solo tendrá derecho al número de eventos estipulados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones de las Asistencias de Electricidad, Plomería, Cerrajería, Albañilería, Vidriería o Fuga de Gas:

- **En casos de plomería quedan excluidas todas las reparaciones de filtraciones o humedad, aun y cuando sean originadas por los servicios cubiertos, así como servicios de mantenimiento a los mismos. No incluye refacciones ni obra civil.**

- **No se cubren aparatos electrodomésticos, electrónicos, lámparas que no funcionen derivado de una falla eléctrica.**
- **No cubre fallas eléctricas derivadas de la propiedad en condominio. En el servicio de cerrajería, queda excluido el duplicado o hechura de llaves.**
- **El servicio de cerrajería se proporcionará siempre que el Asegurado acredite su residencia o propiedad del inmueble. No incluye la apertura de cerraduras electrónicas, refacciones ni obra civil.**
- **En el servicio de vidriería excluye cualquier reparación o remplazo de cualquier elemento que se encuentre al interior del domicilio.**

Condiciones Generales Para la Prestación de los Servicios de Asistencias de Electricidad, Plomería, Cerrajería, Albañilería, Vidriería o Fuga de Gas

- El servicio se brindará siempre y cuando el Asegurado o representante esté físicamente presente durante los trabajos y/o reparaciones solicitadas, o bien autorice expresamente por escrito a otra persona para recibir y pagar al profesional y/o aceptar el trabajo terminado.
- Aplica sólo si el Asegurado es propietario, copropietario o arrendatario de la vivienda afectada, o que demuestre con boleta predial, recibo de luz, credencial de elector o estado de cuenta bancario que el inmueble es su domicilio fiscal y legal, en el entendido que aplica únicamente para el Inmueble Asegurado, **por lo que se excluyen expresamente todo tipo de local comercial, taller, oficina y cualquier predio con uso distinto al de casa-habitación.**
- Atención las 24 horas del día los 365 días del año. EL PRESTADOR, **no se hace responsable por trabajos no coordinados por este último, así como de servicios no reportados inicialmente a cabina, así como de negociaciones realizadas de manera particular con los técnicos y el Asegurado, sin el consentimiento del Prestador.**
- Todos los servicios cuentan con 90 (noventa) días naturales de garantía
- La asistencia debe ser reportada de manera oportuna vía telefónica a EL PRESTADOR dentro de la vigencia del contrato de seguro.
- Para hacer uso del servicio el Asegurado deberá contactar previamente a EL PRESTADOR, quien gestionará la totalidad del evento. **En caso de que el Asegurado gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura ya no es aplicable.**
- Los servicios podrán ser aplicables a petición del Asegurado o responsable de éste, en caso de incapacidad del Asegurado para la comunicación.

En casos de fuerza mayor la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso EL PRESTADOR hará su mayor esfuerzo por prestar el servicio en las mejores condiciones posibles.

4. Técnico o Especialista (Referencias)

Descripción: A solicitud del Asegurado se le proporcionarán referencias de técnicos o especialistas como (Plomeros, cerrajeros, electricistas, Handyman) cuando derivado de un incidente por incendio, rayo o explosión, así lo requiera. El costo del servicio será cubierto directamente por el Asegurado al proveedor. **No aplica reembolso.** Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año. **Este servicio no cubre ningún tipo de gasto generado.**

Límite de la Asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

5. Decoración de Interiores

Descripción: A solicitud del Asegurado se le proporcionarán referencias de técnicos especialistas en diseño cuando,

derivado de un incidente por incendio, rayo o explosión, así lo requiera. El costo del servicio será cubierto directamente por el Asegurado al proveedor. En caso de solicitar la asesoría del PROVEEDOR requerido, se brindará por videoconferencia. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año. **Este servicio no cubre ningún tipo de gasto generado.**

Límite de la Asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

Condiciones Generales Para las Video-Consultas

En caso de que el Asegurado requiera video-consulta deberá de comunicarse a la línea de atención y se le hará llegar a su correo o a su celular una liga de la plataforma que opera EL PROVEEDOR con los datos para acceder a la video consulta.

La video conferencia puede realizarse desde cualquier dispositivo móvil (celular, Tablet) o PC que cuente con una cámara frontal y conexión de datos (preferentemente Wi-Fi) por medio de la plataforma digital que opera EL PROVEEDOR.

EL PROVEEDOR, no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Cuando el Asegurado no cuente con conectividad adecuada y los medios electrónicos necesarios para descargar una video llamada: cámara frontal y conexión de datos (preferentemente Wi-Fi), por medio de WhatsApp o la plataforma digital que ocupa EL PROVEEDOR.
- En casos de fuerza mayor o caso fortuito donde la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso, en el supuesto de que la autoridad emita acuerdo mediante el cual declare la suspensión de actividades, el médico podrá prestar la atención vía remota desde el lugar en el que se encuentre, siempre y cuando los medios de comunicación no se vean afectados debido al caso fortuito o fuerza mayor.
- Queda estrictamente prohibido, tanto al profesional médico como al paciente y/o asegurado, la reproducción total o parcial de la video llamada por cualquier medio, así como subirla a cualquier plataforma tecnológica, y redes sociales, toda la información, será tratada como información confidencial.

6. Personal de Limpieza

Descripción: A solicitud del Asegurado, el PRESTADOR coordinará el envío de una persona calificada para realizar las labores de limpieza del inmueble, para tal efecto, siempre debe haber un mayor de edad en el inmueble asegurado mientras se encuentre el personal de limpieza.

El PRESTADOR no se hace responsable por perdidas o daños de bienes muebles u objetos que se encuentren dentro de la vivienda del Asegurado donde se prestan los servicios.

En caso de excedente deberá ser cubierto por el usuario. **No aplica reembolso.**

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

7. Eventos Sociales (Concierge)

Descripción: EL PRESTADOR le proporcionará referencia e información telefónica, acerca de: agencias de viajes, clima, exhibiciones, tipos de cambio, centros comerciales, exhibiciones, hoteles, restaurantes, museos, galerías, Información de consulados en el extranjero, reservaciones, espectáculos, carteleras, teatros, conciertos, vida nocturna, Orientación en la reposición de pasaporte en caso de robo o pérdida, entre otros. Atención telefónica las 24 horas, los 365 días del año. Ilimitado. **No incluye ningún tipo de gasto generado.**

Límite de la Asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza.

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza.

8. Asistencia Educativa (Asesor Telefónico de Tareas, Información de Cursos)

Descripción: En caso de aparecer como contratada la cobertura Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, la asistencia telefónica será otorgada para resolver dudas escolares hasta nivel secundaria, consulta de calendario SEP, búsqueda de maestros de regularización, y búsqueda y envío de material de apoyo. Asesoría para escuela en casa y conexiones remotas.

El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. **No incluye ningún tipo de gasto generado.**

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

9. Guardería / Estancia (Asistencia Telefónica Para Referir Hacia una Estancia o Guardería Cercana al Domicilio, Requisitos)

Descripción: En caso de aparecer como contratada la cobertura de Incendio, Rayo y/o Explosión, el Asegurado podrá solicitar vía telefónica, referencias de estancias infantiles y guarderías cercanas a su domicilio. El costo del servicio será cubierto directamente por el Asegurado al proveedor. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año.

No incluye ningún tipo de gasto generado.

El Asegurado será responsable de pagar los servicios de Guardería.

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

10. Consultas Veterinarias por Emergencia por Llamada Telefónica

Descripción: En caso de emergencia y tener contratada la cobertura de Incendio, Rayo y/o Explosión, EL PRESTADOR pondrá en contacto inmediato al Asegurado con un médico veterinario vía telefónica, quién le orientará con las acciones pertinentes para estabilizar a su mascota mientras ésta es llevada a un consultorio veterinario para ser atendida de manera pertinente, así mismo.

EL PRESTADOR realizará la coordinación de una consulta con su red de proveedores para atender la emergencia. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año. **No incluye ningún tipo de gasto generado.**

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

11. Hotel/Pensión para Mascotas - Asistencia Telefónica para Referencias y Costos Preferenciales

Descripción: A solicitud del Asegurado y en caso de tener contratada la cobertura de Incendio, Rayo y/o Explosión, se le brindará vía telefónica, referencias de hoteles y/o pensiones para mascotas (perros y gatos).

El Asegurado es el responsable de los gastos generados por dicho servicio. El PRESTADOR únicamente brinda la referencia. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año. **No incluye ningún tipo de gasto generado.**

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

12. Gastos Funerarios para Mascota

Descripción: De tener contratada la cobertura de Incendio, Rayo y/o Explosión y este servicio de asistencia en caso de fallecimiento derivado de un accidente, dictaminado por un médico veterinario con cédula y título profesional, el Prestador coordinará la cremación de la mascota.

El evento deberá de ser coordinado desde un inicio con EL PRESTADOR.

Los accidentes cubiertos son: atropellamiento, lesiones por ataques de otras mascotas o animales, traumatismos o lesiones sufridos por accidentes, caídas, y lesiones por acción violenta súbita y externa.

En caso de que la mascota no fallezca en el momento del accidente y a consideración del médico veterinario sea necesario sacrificar a la mascota, se deberá entregar al Prestador un documento que avale el sacrificio y en dónde se indique como sucedió el accidente. El tiempo de atención del servicio estará sujeto a la disponibilidad de los crematorios de mascotas.

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza.

13. Ambulancia Terrestre por Emergencia

Descripción: De tener contratada alguna de las coberturas de Accidentes Personales y además tener contratada este servicio de asistencia, en caso de que el Asegurado sufriera una emergencia médica por accidente y/o enfermedad grave, en donde la vida corra riesgo.

EL PRESTADOR enviará una ambulancia terrestre al lugar del acontecimiento para ser llevado hasta el centro hospitalario más cercano de la ciudad donde se encuentre, dentro de territorio nacional. El servicio consistirá en una unidad móvil de urgencias básicas, contará con un conductor y un técnico en urgencias médicas (TUM) a bordo y equipamiento necesario que marca la NOM34.

El prestador, no será responsable de cualquier complicación que se pueda presentar con el traslado médico, ni de resultado alguno, sin embargo, el prestador coadyuvará con el Asegurado, a fin de reclamar la responsabilidad del tercero que deba asumir la responsabilidad. En caso de que el servicio de ambulancia tenga que esperar a que el paciente sea ingresado o esté en esperando a que se le dé de alta para el egreso del hospital, o por cualquier circunstancia ajena al proveedor del servicio.

El usuario tendrá que pagar directamente al proveedor la hora adicional por cada hora de espera, costo que se le comunicará en el momento a el usuario.

El servicio de asistencia de ambulancia no aplica para casos por la enfermedad pandémica por COVID-19, o cualquier otra enfermedad pandémica, la cual se cotizará por aparte al usuario y tendrá que ser cubierta de conformidad con la cotización que se realice en el momento

Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con EL PRESTADOR para hacer válido el beneficio. **No aplica reembolso.**

Límite de la asistencia: El estipulado en Carátula de Póliza

Eventos al año: El estipulado en Carátula de Póliza

14. Telemedicina o Consulta Médica Telefónica

Descripción: En caso de urgencia médica o enfermedad EL PRESTADOR pone a disposición del Asegurado

la orientación médica por medio de sus médicos generales, quienes ayudarán telefónicamente o por medio de videollamada por medios tradicionales, a tomar las medidas necesarias para estabilizarlo y ayudarlo con su malestar y orientará las conductas provisionales que se deben asumir.

Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el médico de cabina en ningún caso y por ningún motivo recetará medicamentos de uso controlado.

Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Cláusula 3^a. Definiciones

Para los efectos del presente Contrato de Seguro y sus distintas secciones, 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 derivadas 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 chárteres.

Asegurado: Persona que aparece en la Carátula con tal carácter 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 la Carátula de la Póliza, para las coberturas en las se estipula que éstos se encuentran amparados.

Aseguradora o Compañía: Significa Chubb Seguros México, S.A.

Carátula de la Póliza: Es el documento que emite la Aseguradora, en donde constan, entre otros, la información particular del Contratante y/o Asegurado, la vigencia de la Póliza, número de la Póliza, la prima(s), las coberturas amparadas, deducibles, Sumas Aseguradas, y, en caso de aplicar, el Periodo de Carencia.

Contratante: Persona con la que se celebra el contrato de seguro para sí o para una tercera persona, además de ser el responsable de pagar la prima que corresponda.

Contrato de Seguro o Póliza: Significa las disposiciones particulares, las disposiciones generales, la Carátula de la

Póliza, los beneficios y las cláusulas adicionales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que deberán estar registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 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: Imprudencia de una persona que, a pesar de conocer las posibles consecuencias de sus actos, decide actuar de manera irresponsable

Daño Moral: Afectación a los sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada y aspectos físicos de una persona, así como la consideración que otros tienen de ella.

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

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.

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.
- B. En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia del contrato de seguro 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 contrato de seguro.

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 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 acrede 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: Significa 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 a 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.

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

Para efectos de las siguientes coberturas, el Asegurado únicamente podrá solicitar el traslado de hijos, cuando estos sean mayores de edad en términos de la legislación aplicable en el país o localidad en donde se encuentre el Asegurado:

- **Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios.**
- **Gastos Funerarios o Traslado de restos mortales.**
- **Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado**
- **Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.**
- **Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.**
- **Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.**

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, termales 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.

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.

Pandemia: Es una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

Pérdida Consecuencial: Pérdida económica indirectas que experimenta el Asegurado a causa de un siniestro cubierto por este contrato.

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

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.

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.

Terrorismo: 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 por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, 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.

Trabajo Habitual: Empleo permanente de tiempo completo o de media jornada, incluido el trabajo independiente, en el que el Asegurado está contratado 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 considerará 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 multinterdisciplinario 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; lo anterior, sin perjuicio de la vigencia de la Póliza para las demás coberturas con una duración de un año.

Cláusula 4^a. Edad

La presente Cláusula es únicamente aplicable a las Secciones de Accidentes y Enfermedades y Travel.

Las edades mínimas y máximas de aceptación, las edades de renovación y las edades de cancelación para las coberturas de Accidentes y Enfermedades, son las que se especifican en la Carátula de la Póliza.

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 1 (un) mes de edad y máximo de 90 (noventa) años, con excepción de las coberturas de muerte accidental en donde la edad mínima de aceptación es de 12 (doce) años. La edad máxima de renovación será la que se especifique en la Carátula de la Póliza.

La edad del Asegurado asentada en la Carátula de la 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 prima no devengada 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 5^a: Límite Territorial y Modificaciones al Contrato

La presente Póliza sólo surtirá sus efectos por pérdidas y/o daños ocurridos, y gastos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, con excepción de las coberturas en cuya descripción se señale que aplican para eventos surgidos fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

Las condiciones generales y demás documentación contractual de la presente Póliza no podrán ser modificadas por el agente seguros, toda vez que éste no cuenta con autorización especial para modificarlas, ya sea en provecho o en perjuicio del Asegurado, Beneficiario o contratante, esto en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16 (dieciséis) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. No obstante, lo anterior, este contrato podrá ser modificado previo acuerdo de la Compañía y el Contratante y/o Asegurado mediante endoso que emita la Compañía.

Cláusula 6^a: 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 de 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 la Compañía 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 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 las 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 las 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 la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía 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 7^a: Otros Seguros

El Asegurado tiene la obligación de dar aviso por escrito a la Compañía, la existencia de otro seguro que contrate o tenga contratado sobre el (los)bien (bienes)cubriendo el (los) mismo(s) riesgo (s) y por el mismo interés, indicando la suma asegurada y cada uno de los nombres de la(s) Aseguradora(s). (Artículo 100 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de existir otro u otros Seguros amparando el mismo interés asegurable, celebrados de buena fe, con la misma o diferentes fechas y por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada institución aseguradora hasta el valor íntegro del daño sufrido dentro de los límites de responsabilidad que hubieren asegurado. (Artículo 102 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si el Asegurado omitiere intencionalmente este aviso, o si contratare los diversos seguros para obtener un provecho ilícito; la Compañía, quedará liberada de sus obligaciones. (Artículo 101 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 8^a: Medidas que Puede Tomar la Compañía en Caso de Siniestro

En caso de siniestro que destruya o perjudique los bienes, o mientras que no se haya fijado definitivamente el importe de la indemnización correspondiente, la Compañía, podrá, entre otras medidas:

- a) En todo tiempo penetrar en el inmueble en que ocurrió el siniestro, para determinar su causa y su extensión.
- b) Hacer examinar, clasificar y valorizar los bienes donde quiera que se encuentren, pero en ningún caso la Compañía, está obligada a encargarse de la venta o liquidación de los bienes o de sus restos, ni el Asegurado tendrá derecho a hacer abandono de los mismos a la Compañía.

Cláusula 9^a: Peritaje

En caso de siniestro que destruya o perjudique los bienes asegurados y exista desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía, acerca del monto de cualquier pérdida o daño, la cuestión será sometida a dictamen de un perito nombrado de común acuerdo, manifestarlo por escrito. En caso de que no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 -diez- días hábiles contados, a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere, antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán a un tercero en el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito, o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra parte, o si los peritos no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del perito tercero, será la autoridad judicial, la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito tercero, o de ambos si así fuese necesario.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere Persona Física, o su disolución cuando fuere sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará poderes y atribuciones del perito, peritos, o del perito tercero, según sea el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (las partes, los peritos o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de la Compañía, y del Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio perito.

El peritaje a que esta Cláusula se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de La Compañía, simplemente determinará la pérdida que eventualmente la Compañía de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

Cláusula 10^a: Fraude, Dolo o Mala Fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) **Si el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al siniestro.**
- b) **Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación requerida por la Compañía de acuerdo con lo establecido en este contrato de seguro.**
- c) **Si hubiere en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Asegurado, del Beneficiario, de los causahabientes o de los apoderados de cualquiera de ellos.**
- d) **Si el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de uno de ellos o de ambos,**

presenten documentación apócrifa para que la Compañía, conozca las causas y consecuencias del siniestro y/o se conduzcan con falsedad en sus declaraciones.

Cláusula 11^a: Subrogación de Derechos

En los términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez pagada la indemnización correspondiente, la Compañía, se subrogará, hasta por la cantidad pagada en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones, contra los autores o responsables del siniestro.

Si La Compañía, lo solicita, a costa de ésta, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Asegurado, se impide la subrogación, la Compañía, podrá hacer valer jurídicamente su derecho a reclamar el monto pagado a nuestro Asegurado, o cumplimiento de dicha obligación a cooperar con la Compañía.

Si el daño fuere indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía, concurrirán en hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a que se refiere la presente Cláusula no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

Para el Caso de la Cobertura: Responsabilidad Civil:

La Compañía, se subrogará, hasta por el importe de la cantidad pagada, en todos los derechos contra terceros que por causa del daño indemnizado, correspondan al Asegurado, sin embargo, cuando se trate de actos cometidos por personas de las que fuere legalmente responsable el Asegurado, por considerarse para estos efectos, también como asegurados, no habrá subrogación.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía, concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción que corresponda.

La Compañía, podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por el Asegurado.

Cláusula 12^a: Aviso de Siniestro

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización, conforme a este seguro, el Asegurado o reclamante tendrá la obligación de comunicarlo por escrito a la Compañía, tan pronto como se enteren de lo acontecido, en un plazo máximo de 5 -cinco- días a partir del momento en que tengan conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

La falta oportuna de este aviso, podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente fuera valorizado el siniestro, si la Compañía, hubiere tenido pronto aviso sobre el mismo.

El Asegurado y/o reclamante deberá entregar a la Compañía, además de la documentación que se señala en cada cobertura y/o sección, lo siguiente:

- Formato de Reclamación de Siniestro, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Identificación Oficial del Asegurado y/o reclamante.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.

No obstante lo anterior, y en caso de que con la documentación entregada no sea posible determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del siniestro, la Compañía podrá requerir documentación e información adicional, de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 13^a: Lugar y Pago de la Indemnización

La Compañía, hará el pago de la indemnización a la cuenta bancaria que el Contratante o Asegurado haya seleccionado o que le haya dado a conocer a la Compañía, en el curso de los 30 -treinta- días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cláusula 14^a: Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 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 Aseguradora a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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)
Domicilio: Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México.
Teléfonos: 800 223 200
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)
Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
Dirección de internet: www.condusef.gob.mx
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

Cláusula 15^a: Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, un interés moratorio en los términos del Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de 30 -treinta- días naturales, señalado en el Artículo 71 antes citado, siempre y cuando la indemnización sea procedente.

Cláusula 16^a: Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá de enviarse por escrito al domicilio de la Compañía, establecido en la Póliza, o en su defecto, al último que se haya comunicado para tal efecto; en el entendido que los agentes de seguros no podrán recibir dicha notificación dado que no se encuentran facultados para tal fin.

Solo en los casos y supuestos establecidos en los términos y condiciones para la contratación de uso de medios electrónicos, el Contratante y/o Asegurado podrán realizar comunicaciones, notificaciones o declaraciones a través de los medios electrónicos y/o aplicativos oficiales que para dicho efecto la Compañía ha designado.

Todo requerimiento y/o comunicación que la Compañía, realice al Asegurado o a sus causahabientes, se hará en la última dirección conocida de dicho Asegurado o causahabientes.

Cláusula 17^a: Prima y Obligaciones de Pago

Para el caso de Pólizas contratadas con vigencia menor a 1-un- año, la prima vencerá al momento de la celebración del contrato y deberá ser pagada en dicho acto por lo que para estas Pólizas no aplican los supuestos de pago fraccionado, cesación de los efectos del Contrato de Seguro por falta de pago ni rehabilitación.

La forma de pago estipulada para el periodo de seguro, es la señalada en la Carátula de la Póliza.

Las primas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de la Aseguradora o en alguna Institución Bancaria de acuerdo con el conducto de cobro convenido entre las partes (depósito, transferencia bancaria, cargo a tarjeta de crédito o débito).

Se entenderán recibidas por la Aseguradora las primas pagadas contra recibo oficial expedido por esta o por alguna institución bancaria. En el caso de que el pago sea efectuado vía depósito o transferencia bancaria, cargo a tarjeta de crédito o débito, el estado de cuenta, folio o número de transacción en donde aparezca reflejada dicha operación, hará prueba plena del pago de la prima, hasta en tanto la Aseguradora entregue el recibo de pago correspondiente.

En caso de que el Contratante sea distinto al Asegurado, la Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el pago de la prima cuando el Contratante resulte insolvente.

Para el caso de Pólizas con vigencia anual o superior, aplicara lo siguiente:

1. Prima

La Prima deberá ser pagada en una sola exhibición en el término convenido y vencerá en el momento de la celebración del presente contrato. (Artículo 34 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

2. Pago Fraccionado

En el supuesto de que el seguro haya sido contratado como no obligatorio, el Contratante y la Aseguradora podrán convenir el pago fraccionado de la prima en períodos de igual duración, no inferiores a un mes, dichos pagos deberán efectuarse dentro de los primeros 30 –treinta- días naturales siguientes a su fecha de vencimiento. Para efectos del presente punto, la prima vence a partir de las 12:00 –doce horas del primer día de cada periodo pactado. (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

En el supuesto de pago de prima fraccionada, se aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado.

3. Cesación de los efectos del contrato por falta de pago

El Contratante cuenta con un periodo de gracia de treinta 30 –treinta- días naturales para liquidar el total de la prima o la fracción que corresponda en los casos de pagos en parcialidades; **en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.**

Durante el periodo de gracia, la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado, salvo el caso de que alguna cobertura de este seguro corresponda algún tercero, pues en dicho caso la indemnización no está sujeta a condición alguna.

El periodo de gracia no es aplicable a los seguros obligatorios (en caso de haber sido contratado así el seguro) a que hace referencia el Artículo 150 Bis de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para los cuales el pago de prima deberá realizarse en una sola exhibición al momento de su vencimiento. De igual forma, si es obligatorio este seguro no podrá cesar en sus efectos.

4. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en los puntos anteriores, el Asegurado podrá pagar la prima de este seguro dentro de los 30 –treinta- días siguientes al último día del periodo de gracia señalado anteriormente en el punto 3. de la presente Cláusula. En este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y el día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surta efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso devolverá de inmediato, a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente. En el entendido que en caso de existir un siniestro entre la fecha de vencimiento del contrato y el pago de la prima no será cubierto por la Compañía.

En caso de no consignarse 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 deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

5. Aumento o disminución de la prima de Seguro

Si el valor de lo asegurado sufriere una disminución esencial durante el curso del contrato, el Asegurado tendrá el derecho de exigir la reducción correspondiente de la suma asegurada, para lo cual el Asegurado deberá notificar por escrito dicho evento acompañando documentación que acredite su dicho de conformidad con lo establecido en la sección de comunicaciones de las presentes condiciones. Una vez notificado dicho evento, y que la Compañía considere que se acredita la disminución de valor asegurado, la prima del seguro sufrirá la reducción proporcional para los periodos posteriores del seguro. Es del entendido del Asegurado que la Compañía, si considera que no se acredita la disminución de la suma asegurada con la documentación proporcionada por el Asegurado, la Compañía podrá solicitarle documentación adicional para efecto de acreditar la disminución del valor de lo asegurado que ha sido solicitado por el Asegurado. solo reducción.

Adicionalmente, las partes convienen expresamente que en caso de que el presente Contrato se celebre por una suma superior al valor real de la cosa asegurada y no ha existido dolo o mala fe de una de las partes, el presente Contrato

será válido, pero únicamente hasta la concurrencia del Valor Real de lo asegurado, teniendo ambas partes la facultad de solicitar la reducción de la suma asegurada. (Artículo 95 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

6. Lugar de pago

La prima convenida podrá ser pagada por el Asegurado en cualquiera de las oficinas de la Aseguradora o en alguna Institución Bancaria de acuerdo con conducto de cobro convenido entre las partes, mediante cheque, transferencia bancaria, descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya seleccionado. En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina o el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, podrá acreditar el pago de la prima.

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezcan dicho cargo, transferencia y/o depósito correspondiente al pago de la prima, harán prueba plena de dicho cargo o pago.

Cláusula 18^a: Terminación Anticipada del Contrato

Las partes convienen expresamente que este Contrato podrá darse por terminado anticipadamente.

Cuando la Compañía pretenda darlo por terminado, lo hará mediante notificación por escrito al Asegurado, surtiendo efecto dicha terminación a los 15 -quince- días naturales siguientes a practicada la notificación respectiva.

De presentarse lo anterior, la Compañía deberá devolver al Asegurado, a prorrata, la prima de tarifa neta del costo de adquisición, sin incluir los derechos de Póliza, ello en proporción al tiempo de vigencia no corrido sin cuyos requisitos se tendrá por no cancelado el presente Contrato.

En caso del supuesto mencionado y de existir algún monto de devolución por concepto de prima en favor del Contratante, la Compañía pondrá dicho monto a disposición de este último en un plazo de 10 – diez- días hábiles posteriores a la fecha de haberse practicado la notificación, en la cual se indicará el monto a devolver, así como la oficina en la que el Asegurado podrá disponer de dicha cantidad, la cual deberá de ser la más cercana al domicilio registrado del Asegurado.

Tratándose de las coberturas de accidentes personales y gastos médicos del Asegurado, la Compañía no podrá terminar anticipadamente dichas coberturas.

Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Compañía tendrá derecho a, en adición a los derechos de la Póliza, a la Prima de tarifa neta del costo de adquisición que corresponda al tiempo durante el cual el Seguro hubiera estado en vigor de acuerdo con las siguientes tablas y/o especificaciones.

De presentarse lo anterior y de existir algún monto de devolución por concepto de prima en favor del Asegurado, la Compañía pondrá dicho monto a disposición de éste último en un plazo de 10 –diez- días hábiles posteriores a la fecha en la que el Asegurado haya notificado a la Compañía su deseo de dar por terminado el Contrato, dicha notificación deberá realizarla el Asegurado mediante una solicitud por escrito presentada en cualquiera de las oficinas de la Compañía, o de manera electrónica través de los medios electrónicos y/o aplicativos oficiales que para dicho efecto la Compañía ha designado; para lo cual en ese mismo momento la Compañía le indicará el monto a devolver, así como la oficina en la que el Asegurado podrá disponer de dicha cantidad, la cual deberá de ser la más cercana al domicilio registrado del Asegurado.

Para todas las Coberturas con excepción de la Cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos:

Vigencia	% de la Prima Neta
1 a 10 días	10%
11 a 30 días	20%
31 a 45 días	25%
46 a 60 días	30%
61 a 90 días	40%
91 a 120 días	50%
121 a 150 días	60%
151 a 180 días	70%
181 a 210 días	75%
211 a 240 días	80%
241 a 270 días	85%
271 a 300 días	90%
301 a 330 días	95%
Más de 330	100%

Para la Cobertura de Fenómenos Hidrometeorológicos, aplicará la tabla siguiente:

Vigencia	% de la Prima Neta
Hasta 1 mes	35%
Hasta 2 meses	50%
Hasta 3 meses	65%
Hasta 4 meses	80%
Hasta 5 meses	95%
Más de 5	100%

La terminación anticipada del contrato no es aplicable a los seguros obligatorios (en caso de haber sido contratado así el seguro) a que hace referencia el Artículo 150 Bis de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 19^a: Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o por parte de la Compañía, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional (pesos mexicanos), 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

Cláusula 20^a: Prescripción

De conformidad con lo manifestado por el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años en los demás casos, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el Artículo anterior 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. (Artículo 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 la Aseguradora.

Cláusula 21^a: Reparación

Si los bienes asegurados después de sufrir un daño se reparan por el Asegurado en forma provisional y continúan funcionando, **la Compañía, no será responsable en caso alguno por cualquier daño que estos sufran posteriormente hasta cuando la reparación se haga en forma definitiva, excepto si la Compañía, da instrucciones por escrito para tal efecto.**

Si de cualquier reparación definitiva de los bienes, hecha por el Asegurado, sin consentimiento de la Compañía, deriva una agravación esencial del riesgo, será aplicable lo dispuesto por la Cláusula Agravación del Riesgo.

Cláusula 22^a: Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía, que 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 10 -diez- días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 23^a: Documentación Para Indemnizaciones y Pago de Daños

Además de la documentación que deberá proporcionar el Asegurado y/o reclamante a la Compañía, de acuerdo con lo señalado a lo largo de este contrato, éstos de conformidad con los Artículos 492 y 494 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas deban presentar al momento de iniciar el trámite de pago de siniestro los siguientes datos y documentación:

Personas Físicas de Nacionalidad Mexicana:

1. Identificación Oficial Vigente (domicilio, fotografía y firma).

2. RFC y/o CURP.
3. Comprobante de Domicilio (cuando el domicilio declarado no coincida con la identificación).
4. Formato de Identificación del Cliente para Personas Físicas, el cual será suministrado por la Compañía y deberá ser llenado y firmado por el Asegurado o Contratante.
5. Estado de cuenta bancario.

Personas Morales de Nacionalidad Mexicana:

1. Testimonio o copia simple de la escritura constitutiva debidamente inscrita.
2. Cédula de identificación fiscal expedida por la SHCP.
3. Comprobante de Domicilio.
4. Testimonio o copia simple del instrumento que contenga los poderes del representante o representantes cuando no estén contenidos en la escritura constitutiva, así como la identificación oficial de éstos.
5. En el caso Personas Morales de reciente constitución que no se encuentren inscritas en el RPPC, deberán entregar un escrito firmado por la(s) persona(s) legalmente facultada(s) y que acredite(n) su personalidad, en la que manifiestan que se llevará acabo la inscripción respectiva, entregando estos datos a la Aseguradora en su oportunidad.
6. Formato de identificación del Cliente para Personas Morales, el cual será suministrado por la Compañía y deberá ser llenado y firmado por el Asegurado o Contratante.

En el caso de extranjeros:**Personas Físicas:**

1. Presentar Original de su pasaporte y/o documentación que acredite su legal estancia en el país, así como datos de su domicilio en su país de origen y del domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional.
2. En caso de ser residente, Comprobante de Domicilio y Cédula de Identificación Fiscal.
3. Formato de Identificación del cliente para Persona Física Extranjera, el cual será suministrado por la Compañía y deberá ser llenado y firmado por el Asegurado o Contratante.

Personas Morales:

1. Copia legalizada o apostillada del documento que compruebe su legal existencia. Así como del que acredite a su representante, y en caso de ser también extranjero, deberá presentar los documentos señalados para Persona Física Extranjera.
2. Formato de Identificación del cliente para Persona Moral Extranjera, el cual será suministrado por la Compañía y deberá ser llenado y firmado por el Asegurado o Contratante.

Cláusula 24^a: Salvamento

En caso de que derivado de algún siniestro amparado por la presente Póliza, y que la Compañía considere los bienes asegurados como pérdida total de conformidad con las presentes condiciones y, en adición al pago de los daños de dichos bienes, cuando la Compañía pague a el Asegurado el valor del salvamento, estos pasarán a ser propiedad de la Compañía, pudiendo este último disponer de ellos a su mejor conveniencia, por lo que el Asegurado se compromete a entregar a ésta toda la documentación que acredita la propiedad de tales bienes, cediendo en adición a ello todos los derechos que tenga sobre dicha propiedad.

La Compañía, conviene en no disponer de salvamentos bajo nombre o marca impresos de fábrica del Asegurado.

Cláusula 25^a: Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de pactar la celebración de operaciones y servicios, a través del uso de Medios Electrónicos que estén disponibles por la Compañía para efectos del presente contrato de seguro (entendiéndose

como Medios Electrónicos como los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía).

Para efectos de lo anterior, la Compañía pone a disposición del Asegurado o Contratante, previo a su contratación, los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos a través de su página de Internet:www.chubb.com/mx. En dichos términos y condiciones la Compañía establece lo siguiente:

- a) **Las operaciones y servicios que la Compañía podrá proporcionar a través de Medios Electrónicos**, como lo son: (i) contratación o cancelación de productos, (ii) consulta de información relacionada con el seguro, (iii) Modificación de designación de Beneficiarios, (iv) solicitar actualización y/o modificación de información, (v) Alta y modificación del medio de comunicación seleccionado, (vi) Contratación de otro Servicio o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado, entre otros.
- b) **Los mecanismos y procedimientos de identificación del usuario y autenticación**, en el presente apartado se podrá revisar el “identificador de usuario” que utilizará la Compañía, es decir, la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que permita reconocer la identidad y autenticidad del propio usuario para la realización de operaciones electrónicas. Así mismo, en este apartado se informan los “factores de autenticación” que podrá solicitar la Compañía, basado en las características físicas del usuario, en dispositivos o información que solo el usuario posea o conozca.
- c) **La responsabilidad del usuario y de la Compañía respecto a la realización de operaciones por Medios Electrónicos**, en este apartado la Compañía establece la responsabilidad para que el usuario del Medio Electrónico resguarde de manera correcta las claves de acceso para la realización de las operaciones electrónicas. Así mismo se señala la responsabilidad de la Compañía respecto al resguardo de la información adquirida del usuario.
- d) **Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Compañía**, a través de Medios Electrónicos, en esta sección la Compañía establece los medios de comunicación para notificar el estatus de las operaciones que se realicen a través de Medios Electrónicos.
- e) **Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de operaciones electrónicas**, en este el usuario del Medio Electrónico conocerá el proceso para cancelar el uso de las claves de acceso para medios electrónicos.
- f) **Restricciones operativas aplicables de acuerdo con el Medio Electrónico**, en este apartado la Compañía comunica las restricciones, en caso de existir, para el uso de los medios electrónicos, ya sea por sistema o por el uso de los dispositivos. En esta misma sección, la Compañía le informa al usuario del Medio Electrónico, que los productos y/o servicios que se contraten con los medios de identificación y, a través de los Medios Electrónicos que la Compañía tenga disponibles, son en sustitución a la firma autógrafa y sus efectos jurídicos.

Cláusula 26^a: Entrega de Documentación Contractual Para el Caso de Celebración de Contrato Por Vía Telefónica, Internet o Por Conducto de Prestador de Servicios

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo vía telefónica, internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la Compañía se obliga a proporcionar al Asegurado el número de Póliza o folio de confirmación

que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración y dentro de un plazo de 30 - treinta- días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al Asegurado o contratante la documentación relativa al contrato de seguro celebrado, siendo ésta la Póliza, condiciones generales y especiales aplicables, endosos y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones entre las partes derivados de este seguro. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del Asegurado o Contratante, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del intermediario financiero al momento de la contratación. Lo anterior en el entendido que, para entregas a domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Asegurado recibió la Póliza, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto de un intermediario financiero, la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el Asegurado o el Contratante, respectivamente.

En caso de que el Asegurado o contratante no reciba la documentación mencionada en esta cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página en internet www.chubb.com.mx, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

En caso de que el Contratante desee dar por terminado el contrato de seguro deberá sujetarse a lo establecido en la cláusula de las presentes Condiciones denominada "Terminación Anticipada del Contrato"; sin embargo, si la intención del Asegurado o contratante es (i) cancelar la autorización previamente otorgada para el cargo de la prima en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria establecida para dicho fin, o (ii) dar instrucciones para que el contrato de seguro con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria sea renovado de manera automática, deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónico de la Compañía al número 800-712-2828, misma que emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza será renovada de manera automática con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria que para tal efecto el Asegurado haya indicado o en su defecto, que la autorización otorgada para el cargo de la prima en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria quedó cancelada a partir del momento de la emisión de dicho folio. El estado de cuenta de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Asegurado servirá como medio de prueba para comprobar el pago de la prima. En caso de que la contratación del presente producto de seguro haya sido realizada por vía telefónica, la misma será considerada en sustitución a la firma autógrafa, por lo que por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la legislación aplicable.

La terminación anticipada del contrato no es aplicable a los seguros obligatorios (en caso de haber sido contratado así el seguro) a que hace referencia el Artículo 150 Bis de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 27^a: Consentimiento

El Asegurado hace constar que conoce y entiende en su totalidad el contenido, los fines y alcances del Aviso de Privacidad con el que la Compañía cuenta para la relación con sus Asegurados, mismo que se da conocer en La Cláusula inmediata anterior, por lo que otorga su total consentimiento expreso para que la Compañía lleve a cabo el Tratamiento incluyendo, en su caso, la divulgación de sus Datos Personales en los términos de dicho Aviso de Privacidad.

Así mismo, el Asegurado manifiesta su conformidad para que el pago de la Prima del Contrato de Seguro que celebre o tenga celebrado con la Compañía, así como cualquier declaración de siniestro, reclamación, Indemnización o demás actos relacionados con dicho Contrato de Seguro, se tenga como signo inequívoco del consentimiento expreso que ha

dado para que la Compañía lleve a cabo el Tratamiento de sus Datos Personales en términos del Aviso de Privacidad al que se ha hecho mención en el párrafo inmediato anterior.

Cláusula 28^a: Renovación Automática

De aparecer la leyenda de Renovación Automática en la Carátula de la Póliza, y por convenio expreso entre la Compañía y el Asegurado, la presente Póliza se renovará por un nuevo periodo de vigencia de manera automática igual al que aparece en su Carátula de la Póliza, mismo que no podrá exceder de 1 -un- año, realizando el cargo automático de pago por el nuevo periodo a la tarjeta de crédito autorizada e informada por el Asegurado para este fin.

En los casos en los que la leyenda de Renovación Automática no aparezca en la Carátula de la Póliza, la vigencia de la Póliza será la que aparezca en el apartado de vigencia y no se renovará automáticamente. La renovación estará sujeta a solicitud del Asegurado.

A la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y sumas aseguradas, en función de: (i) el aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, (ii) en función de la inflación general de salud calculada anualmente por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) con base en la información publicada por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI) o (iii) el ajuste inflacionario anual publicado por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática en el Diario Oficial de la Federación durante el mes de enero de cada año calendario, pudiendo ajustar con base en la que resulte mayor entre estos indicadores.

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 dicha renovación.
- Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

Tratándose de las coberturas de accidentes personales y gastos médicos, 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 en perjuicio del Asegurado; y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

En el caso que la Compañía no desee renovar la Póliza, esta tendrá la obligación de informar al Asegurado con 15 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza vigente.

Cláusula 29^a. Omisiones y/o Inexactas Declaraciones

El Asegurado, está obligado a declarar, por escrito, de acuerdo con el Formulario de Solicitud que aplique conforme a la cláusula que antecede, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 30^a. Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y continuará vigente mientras la Póliza no haya sido cancelada

Cláusula 31^a. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Cláusula 32^a. Beneficios Chubb

La Compañía, en sus campañas de venta, fidelización y/o retención de sus contratos de seguros, podrá ofrecer a sus potenciales clientes, Asegurado(s) y/o Contratante(s), alguno(s) de los siguientes beneficios o incentivos:

- Asistir a experiencias (tales como: tomar cursos y talleres, pláticas y convivencias con figuras públicas).
- Boletos a eventos (tales como: cine, teatros, conciertos, eventos públicos en general).
- Beneficios en renta de vehículos.
- Recibir regalos en especie (tales como: artículos promocionales, códigos promocionales para aplicaciones de transporte y alimentos, cuponeras, monederos electrónicos, gadgets, artículos de salud y belleza, viajes que incluyan el costo del trasporte, hospedaje y/o alimentación, boletos de avión).
- Acceso a plataformas digitales con contenido de interés y de bienestar.
- Participar en programas de lealtad (tales como: programas y puntos de recompensa).
- Participar en rifas o concursos.

La Compañía dará a conocer mediante los materiales y/o los medios de comunicación que utiliza: a) los beneficios o incentivos que en cada caso otorgará, b) los canales de venta a los cuales aplicará, c) si va dirigido a una campaña de venta, fidelización o retención, si pueden ser acumulables, d) a quien estará dirigido y el producto que aplique, y e) la temporalidad del beneficio o campaña.

Los beneficios y/o incentivos descritos en la presente cláusula no tendrán costo adicional para los Clientes y los mismos **serán intransferibles**.

La disponibilidad de los beneficios y/o incentivos y su otorgamiento quedan sujetos a potestad o disponibilidad de la Compañía, **en ningún caso constituirán un derecho adquirido para los potenciales clientes, Asegurado(s) y/o Contratante(s)**.

Invitación Para Consultar al 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: www.condusef.gob.mx

Glosario 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.aspx>.

Aviso Corto de Privacidad Chubb Seguros México, S.A., con domicilio 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, auditoria 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 más información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección <https://www.chubb.com/content/dam/chubbsites/chubb-com/mx-es/footer/privacy-notices/documents/pdf/aviso-de-privacidad-asegurados-chubb-segurosMexico.pdf>

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 septiembre del 2025, con el número PPAQ-S0039-0041-2025 / CONDUSEF-006901-03.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios por sección: Daños**Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:**

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredeite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refiere el artículo 103 de la LISF, 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 o el Beneficiario tienen los siguientes derechos:

1. A recibir el cumplimiento 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 Aseguradora.
3. A comunicarse a la Aseguradora 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 Aseguradora 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 a su 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 de Consultas y Reclamaciones en el correo electrónico uneseguros@chubb.com.

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Aseguradora.
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 04 de septiembre del 2025, con el número PPAQ-S0039-0041-2025 / CONDUSEF-006901-03.

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 tienen 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 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 de Consultas y Reclamaciones en el correo electrónico uneseguros@chubb.com.

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Aseguradora.
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 septiembre del 2025, con el número PPAQ-S0039-0041-2025 / CONDUSEF-006901-03.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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 este seguro, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Sí acepto _____.

No acepto _____.

Nombre y Firma del 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 septiembre del 2025, con el número PPAQ-S0039-0041-2025 / CONDUSEF-006901-03.

Formato de Designación de Beneficiarios

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

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 04 de septiembre del 2025, con el número PPAQ-S0039-0041-2025 / CONDUSEF-006901-03.

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

Chubb. Insured.SM