

# Protección Segura con Retribución de Prima

CHUBB®

## Contenido

Importante	4
Sección Primera Disposiciones Particulares	5
Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas	5
Sección I. Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad	5
Sección II. Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	8
Sección III. Cobertura de Enfermedades Graves	11
Sección IV. Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer	18
Sección V. Cobertura de Muerte Accidental	20
Sección VI. Cobertura de Pérdidas Orgánicas	22
Sección VII. Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público	24
Sección VIII. Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente	26
Sección IX. Cobertura de Gastos Funerarios por Accidente	29
Sección X. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	31
Sección XI. Cobertura de Fractura de Huesos	35
Cláusula 2ª. Exclusiones Generales	38
Cláusula 3ª. Definiciones	39
Cláusula 4ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	43
Cláusula 5ª. Edades de Aceptación	44
Cláusula 6ª. Cancelación del Seguro	45
Cláusula 7ª. Renovación	46

Cláusula 8ª. Territorialidad	46
Cláusula 9ª. Dividendos	46
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	48
Cláusula 1ª. Prima	48
Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato	48
Cláusula 3ª. Modificaciones al Contrato	48
Cláusula 4ª. Notificaciones	48
Cláusula 5ª. Competencia	49
Cláusula 6ª. Interés Moratorio	49
Cláusula 7ª. Prescripción	49
Cláusula 8ª. Moneda	50
Cláusula 9ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	50
Cláusula 10ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro	50
Cláusula 11ª. Agravación del Riesgo	50
Cláusula 12ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	52
Cláusula 13ª. Artículos Citados	52
Anexos	
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)	61
Consentimiento para la Entrega de Documentación Contractual	62
Formato de Designación de Beneficiarios	63
Cláusula General Designación de Beneficiarios	64

## Coberturas

---

**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 podrá recibir:

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

## Protección Segura con Retribución de Prima

### Sección Primera Disposiciones Particulares

#### Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas

---

##### Sección I. 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 Sección I, 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 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 Enfermedad. 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 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 médicamente 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 de tiempo previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización; y
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo 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 cometa 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 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato de aviso de Enfermedad.
7. Historia clínica completa.
8. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del Hospital.

9. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los Médicos que realizan los estudios donde indican el Diagnóstico.
10. 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 podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección II. 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 Sección II, 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 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 cubierto, 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 médicamente 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 de tiempo previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización; y
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo 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 cometa 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 cubierto 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 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 cubierto 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).

4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato de aviso de Accidente.
7. Historia clínica completa.
8. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del Hospital.
9. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los Médicos que realizan los estudios donde indican el Diagnóstico.
10. 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).
11. En caso de accidente y de haber ameritado, presentar actuaciones ministeriales y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

### Sección III. Cobertura de Enfermedades Graves

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

#### Enfermedades Graves

La Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza para esta cobertura, 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.**

Para esta cobertura es aplicable el Periodo de Espera especificado en la Carátula de la Póliza. La 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 cardiacas 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 cuente 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, angiorrsonancia o doppler de carótidas).

### 3.3 Exclusiones aplicables

#### a) 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 sustituya 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

**a) 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 médicamente 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**

- a) 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**

- a) 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 médicamente 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 III

- **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 III.**

### Exclusiones generales aplicables a todas las Enfermedades graves a que se refiere esta Sección III

**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 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato de aviso de Accidente o Enfermedad.
7. Historia clínica completa.
8. 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).
9. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los Médicos que realizan los estudios donde indican el Diagnóstico. En caso de tratarse de Cáncer, entregar reporte histopatológico en original.
10. En caso de accidente y de haber ameritado, presentar actuaciones ministeriales y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.



La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección IV. 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 Sección IV, 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 transcurrir 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 es el especificado 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 anatomopatología.

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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato de aviso de Enfermedad.
7. Historia clínica completa.
8. Original del estudio histopatológico que indique el Diagnóstico definitivo de Cáncer, mismo que deberá estar firmado y sellado por un Médico Especialista en patología humana, así como membretado por la Institución que lo avale.
9. 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).
10. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los Médicos que realizan los estudios donde indican el Diagnóstico.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección V. Cobertura de Muerte Accidental

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

### Definiciones

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

**Beneficiario:** Significa la persona identificada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho a recibir el pago de la Suma Asegurada derivada de esta cobertura. Para efectos de la presente Sección, el(los) Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado.

### Riesgo Cubierto

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

### 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 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 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, aún 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.
4. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma de los Beneficiarios (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
5. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
6. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
7. Original o copia certificada del acta de defunción.
8. Original o copia certificada del certificado médico de defunción.
9. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

**Sección VI. 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 Sección, 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.

**Tabla de Indemnizaciones  
Escala A**

<b>Pérdida de:</b>	<b>% de Indemnización</b>
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Para efectos de esta cobertura se entenderá por:

- I. Pérdida de la mano:** 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).
- II. Pérdida del pie:** la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- III. Pérdida de los dedos:** 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); 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 sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
- i. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
  - ii. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
  - iii. Tratamiento de carácter estético o plástico.
  - iv. Enfermedad corporal o mental.
  - v. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
  - vi. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
  - vii. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
  - viii. 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Copia de los estudios que avalen la pérdida orgánica.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

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

**Beneficiario:** Significa la persona identificada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho a recibir el pago de la Suma Asegurada derivada de esta cobertura. Para efectos de la presente Sección, el(los) Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el Asegurado.

**Transporte Público:** Significa el transporte colectivo de pasajeros, mismo que se encuentra 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. **Se excluyen transportes no motorizados.**

### 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 siguientes a la fecha del mismo, mientras esté viajando como pasajero 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 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 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 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.**
- g) **Accidentes o lesiones sufridas por el Asegurado en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- h) **Secuestro o la tentativa de secuestro simple o extorsivo del 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.
4. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma de los Beneficiarios (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
5. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
6. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
7. Original o copia certificada del acta de defunción.
8. Original o copia certificada del certificado médico de defunción.
9. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público.
10. Copia y/u original del boleto expedido a favor del Asegurado, en caso de contar con éste, o bien, documento expedido por la empresa transportadora que avale el viaje.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección VIII. 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 Sección VIII, 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 cubierto por este seguro, que lo imposibiliten a procurarse la misma cantidad de ingresos que percibía antes del estado de invalidez, mediante el desempeño de su trabajo habitual. Para que la invalidez se considere como total y permanente, el Asegurado deberá permanecer en estado de invalidez durante un periodo continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses, contados a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un Médico Especialista, y la invalidez esté debidamente sustentada.

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

- i. La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos;
- ii. La pérdida de ambas manos o ambos pies;
- iii. La pérdida de una mano y un pie y;
- iv. 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 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.

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

### Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de un Accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días 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.

**No se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior a la contratación 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 cometa 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 cubierto.**
- e) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- f) **Invalidez 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 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 Invalidez 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato expedido por la institución o Médico especialista en medicina del trabajo que atendió al Asegurado, en hoja membretada, firmado y sellado en donde se indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, Diagnóstico definitivo, así como porcentaje de Invalidez Total y Permanente.
7. Informe médico que incluya Diagnóstico.
8. Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: antecedentes personales, antecedentes patológicos, evolución de padecimiento, estado actual y motivo de la Invalidez Total y Permanente.
9. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente por Accidente.
10. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección IX. 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 Sección IX, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

**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 cubierto y dentro de los 90 (noventa) días 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 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 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 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, aún 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:

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Deudo (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.
4. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del deudo (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
5. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
6. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
7. Original o copia certificada del acta de defunción.
8. Original o copia certificada del certificado médico de defunción.
9. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público (de ser aplicable); y
10. Original de las facturas, recibos y cualquier otro comprobante que acredite la erogación de gastos por servicios funerarios en favor del Asegurado por parte del Deudo.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección X. 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 Sección X, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

**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.

**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 cubierto y dentro de los 90 (noventa) días 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 incurridos por el Asegurado por los mencionados conceptos, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada 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 fehaciente de los gastos erogados.

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 graduadas 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 misma, que para efectos de este seguro será de 365 (trescientos sesenta y cinco) días terminada la vigencia 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:**

- 1. Abortos, con excepción de los que acontezcan como resultado de un Accidente cubierto.**
- 2. Accidentes acuáticos o que ocurran mientras el Asegurado hace uso de actividades de playa (paracaídas de playa, moto acuática, sky acuático) Tampoco se cubrirán los 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.**
- 3. El uso de Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
- 4. Consumo de complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en Accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- 5. Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un Accidente cubierto por la Póliza.**
- 6. El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.**
- 7. El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
- 8. Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un Accidente cubierto.**
- 10. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 11. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**



12. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente cubierto.
13. Honorarios médicos cuando el Médico tratante sea familiar directo del Asegurado.
14. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
15. Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
16. Lesiones autoinflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
17. Lesiones ocasionadas directamente por el Asegurado, actos delictivos ocasionados por el Asegurado o con participación intencional por parte de él, intento o consumación de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
18. Lesiones originadas por la participación intencional del Asegurado en actos delictivos.
19. 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.
20. 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.
21. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
22. Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
23. Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en huelgas y alborotos populares.
24. Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
25. 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.
26. 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.
27. Los costos que correspondan al donador de órganos, aun cuando el Asegurado pague dichos costos.
29. Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
30. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
31. Tratamientos, lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de padecimientos preexistentes, así como sus consecuencias y complicaciones. Entendiéndose por padecimientos preexistentes aquellos por los que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellos por los que el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
32. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.
33. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que resulten de alcoholismo o toxicomanía.

- 34. Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como, por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.**
- 35. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- 36. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.**
- 37. 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 cubierto.**
- 38. 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 la Póliza o que están expresamente excluidos por el Contrato, 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**

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato de "Aviso de Accidente".
7. Informe Médico.
8. Entregar las facturas Originales de los gastos médicos realizados. En caso de presentar factura del hospital se deberá anexar el estado de cuenta completo. En facturas de farmacias se deberán indicar los medicamentos y estar acompañados de la receta médica. En caso de laboratorios, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., se deberán entregar los resultados de los estudios y la interpretación de los mismos (en caso de ser necesario se solicitarán los originales).

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

## Sección XI. 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 Sección XI, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

**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 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.

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

### Riesgo Cubierto:

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto 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 sólo 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.
10. Húmero.
11. 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:

1. Formato de Reclamación (este formato será proporcionado por la Compañía) una vez que se complete deberá ser entregado y acompañado de la siguiente documentación.
2. Aviso de Accidente lo debe completar el afectado.
3. Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
4. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde se sustenta la fractura.
5. Copia de la identificación oficial vigente, la cual puede ser: Credencial Electoral INE, Pasaporte, Cédula Profesional.
6. Copia de la Póliza si la tuviese.
7. En caso de accidente, es necesario presentar copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.
8. Comprobante de domicilio (agua, luz o teléfono), con antigüedad no mayor a 3 meses.
9. Formato conoce a tu cliente (este formato será proporcionado por la Compañía).

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que exista una duda fundada y justificable respecto de los hechos o circunstancias que dieron origen a la ocurrencia del siniestro, así como en relación con los documentos presentados.

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.

**Cláusula 2ª. Exclusiones Generales**

---

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

- a) **SIDA y VIH: cualquier Hospitalización que resulte o se relacione directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**
  - i. **Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
  - ii. **Cualquier Enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- b) **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.**
- c) **Cualquier Hospitalización originada por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos, o estupefacientes. Tampoco se cubrirá Hospitalización alguna que provenga de algún Síndrome de Dependencia 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.**
- d) **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 estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- f) **Tratamientos ambulatorios.**
- g) **Actividades peligrosas: cualquier Hospitalización que sea causada por participar en actividades peligrosas: montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, marcamiento de ritmo, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.**
- h) **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.**
- i) **Enfermedades o Padecimientos Preexistentes.**
- j) **Carreras: por participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.**
- k) **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.**

- l) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- m) **Tratamiento no recomendado por un Médico: cualquier Hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un Médico con cédula profesional o su equivalente en el extranjero, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia.**
- n) **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.**
- o) **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- p) **Variaciones de peso: obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**
- q) **Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en las que participe directamente el Asegurado.**

### Cláusula 3ª. Definiciones

---

Para todos los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

**Accidente:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de ésta Póliza. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

**Asegurado:** Es la persona física que se encuentra protegida bajo los beneficios de este Contrato de Seguro. Bajo esta Póliza de seguro quedará amparado el Asegurado titular, designado con tal carácter en la Carátula de la Póliza de Seguro.

**Aseguradora o Compañía:** Chubb Seguros México, S.A.

**Aviso de Siniestro:** Es la comunicación a la Compañía de la ocurrencia del evento cubierto por este Seguro, conforme previsto en la Carátula de Póliza, o Contrato.

**Contratante:** Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las primas.

**Contrato o Póliza:** Documentos en los que constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes, integrado por el formulario, la solicitud, la Carátula, las condiciones generales y el folleto de los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios.

**Contrato de Seguro:** Es el documento donde se establecen los términos y condiciones celebrados entre el Contratante y la Aseguradora, así como los derechos y obligaciones de las partes. Estas condiciones generales, la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del Contrato de Seguro.

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

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

**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.

**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 anatomopatología.

**Endoso:** Documento generado por la Aseguradora, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del Contrato de Seguro, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

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

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

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

**Enfermedades o Padecimientos Preexistentes:** Se entenderá por Enfermedades y/o Padecimientos Preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un Diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas 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, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un Médico determine un Diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o padecimiento y/o el desembolso de recursos por parte del Asegurado para la detección o tratamiento de dicha Enfermedad o padecimiento, de manera previa a la celebración del Contrato de Seguro.



La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por una Enfermedad o Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) 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 Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un Diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- b) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, 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, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

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 Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con Enfermedades o Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. El árbitro por designar 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. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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 estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes seleccionarán de común acuerdo al Médico que fungirá como árbitro, quien deberá resolver de manera profesional la controversia planteada, debiendo ser el árbitro independiente a las partes en conflicto. Las partes interesadas fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el mismo. El laudo emitido por 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 Aseguradora.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

**Especialista:** Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar Diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza.

**Evento Cubierto:** Es el acontecimiento futuro e incierto, de naturaleza súbita, involuntaria e impredecible, amparado con el contrato de seguro y ocurrido durante la vigencia del mismo.

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

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

**Gastos Médicos Cubiertos:** Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquéllos en que se incurra para la atención de lesiones en la persona del Asegurado, ocasionados por un Accidente cubierto y que:

- a) Por prescripción Médica sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los cargos usuales y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios.
- b) Sean proporcionados por Instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares de Asegurado.

**Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que cuente con una cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. **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:** Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar Diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza y que adicionalmente cuente con una cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, respecto de la especialidad que corresponda.

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

**Padecimiento o Enfermedad Congénita:** Es 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.

**Pérdidas Orgánicas:** Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa; o bien, su anquilosamiento total.

Pérdidas Orgánicas	
<b>Pérdida de una mano</b>	Su separación de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella, o la anquilosis de la articulación citada.
<b>Pérdida de un brazo</b>	La amputación o anquilosis del brazo entre el hombro y el codo.
<b>Pérdida de un dedo</b>	La separación o anquilosis de dos falanges completas cuando menos.
<b>Pérdida de un pie</b>	Su separación o anquilosis de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella y debajo de la rodilla.

<b>Pérdida de una pierna</b>	La amputación o anquilosis del muslo entre la cadera y la rodilla.
<b>Pérdida de la vista</b>	La pérdida completa y definitiva de la visión.

**Periodo de Espera:** Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del seguro, durante el cual el Asegurado no estará amparado por la Póliza y el cual deberá transcurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de las coberturas contratadas. 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 Póliza.

En caso de los beneficios para invalidez, se refiere al periodo continuo en estado de invalidez desde la fecha que en qué ocurrió el accidente amparado.

En caso de los Beneficiarios de indemnización diaria por Hospitalización, se refiere al periodo continuo que el Asegurado debe permanecer internado en un Hospital a causa del accidente amparado.

**Práctica Profesional de Cualquier Deporte:** Se refiere a 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.

**Siniestro:** Realización del evento asegurado cubierto por el Contrato de Seguro.

**Suma Asegurada:** Cantidad que representa la obligación máxima de la Aseguradora en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

**Vigencia:** Es el periodo de tiempo estipulado en la Carátula de Póliza, durante el cual se encuentran cubiertos los riesgos en ella establecidos.

## **Cláusula 4ª. Procedimiento en Caso de Siniestro**

### **Procedimiento en Caso de Siniestro**

#### **Aviso**

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

#### **Pruebas**

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione y los documentos señalados en la o las coberturas que apliquen de las descritas en la Cláusula Primera de la sección primera "Disposiciones Particulares", todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos.

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

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

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

**Formas de Indemnización**

La Aseguradora pagará al Asegurado, en vida de éste, o a su sucesión legal en caso de fallecimiento, la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, en una sola exhibición.

**Investigación de la Aseguradora**

En caso de duda en cuanto al reconocimiento de la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza, la Aseguradora podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del Siniestro.

El Asegurado deberá autorizar por escrito a su médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia médico-hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de ésta.

Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para el Asegurado y su médico tratante.

Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

**Deducciones**

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

**Cláusula 5ª. Edades de Aceptación**

---

**Edades de Aceptación**

Titular y Cónyuge. La edad mínima de aceptación será de 18 años mientras que la edad máxima de aceptación será de 60 años con renovación hasta los 64 años y cancelación a los 65 años.

Estas edades pueden ampliarse bajo convenio expreso con la Aseguradora.

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando la Aseguradora compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora 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 Aseguradora, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro):

“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 empresa Aseguradora 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;

Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

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

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

## Cláusula 6ª. Cancelación del Seguro

---

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso a la Aseguradora. La terminación anticipada no eximirá a la Aseguradora del pago de las indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.

La Póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

En caso de que el Asegurado, por cualquier causa, solicite la cancelación o la terminación anticipada del seguro, la Aseguradora devolverá la prima neta no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la Carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago. La Aseguradora realizará dicha devolución al Contratante y/o Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

El Contratante y/o Asegurado podrá realizar la cancelación de su Póliza por cualquiera de las siguientes vías: (i) mediante aviso por escrito a las oficinas de la Aseguradora en términos de lo establecido en la Cláusula Cuarta de la sección de Disposiciones Generales; o (ii) comunicándose al teléfono **800 006 3342** en donde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

2. La cancelación de la Póliza se realizará de forma automática en cualquiera de los siguientes casos:
  - Al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
  - En la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de cancelación, según lo establecido en la Carátula de la Póliza.

## Cláusula 7ª. Renovación

---

Para cada uno de los Asegurados este seguro se renovará automáticamente por periodos de un año. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de su vencimiento. Lo anterior en el entendido que en caso de que la Aseguradora sea la que decida no renovar el Contrato de Seguro, ésta deberá pagar al Contratante y/o Asegurado la parte ganada del dividendo a que se refiere la Cláusula 9ª siguiente, siempre que la Póliza sea elegible y se cumplan con todos y cada uno de los requisitos establecidos en la referida cláusula para efectos del pago del dividendo.

En caso de que el Asegurado y/o el Contratante no deseen renovar la Póliza, éstos perderán el beneficio de pago de dividendos a que se refiere la Cláusula 9ª.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Asimismo, a la renovación la Aseguradora podrá ajustar el monto de la prima a pagar y sumas aseguradas, en función del aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de modificar y registrar otras tarifas, en cuyo caso, la Aseguradora dará a conocer las nuevas tarifas al Asegurado con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación. El Contratante podrá rechazar la renovación del seguro bajo los nuevos términos y condiciones, en cuyo caso lo deberá hacer saber a la Aseguradora dentro del referido plazo de treinta (30) días previos a la renovación respectiva. En caso de que la Aseguradora no reciba por parte del Contratante solicitud de no renovación, la Póliza será renovada según los nuevos términos y condiciones.

## Cláusula 8ª. Territorialidad

---

El presente contrato aplicará en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos y para residentes de éste.

## Cláusula 9ª. Dividendos

---

Este seguro otorga dividendos o participación en las utilidades por siniestralidad favorable, cuando así se pacte expresamente en la Carátula de Póliza y según la fórmula de cálculo ahí señalada. Dicho dividendo o participación en las utilidades se regirá conforme a lo siguiente:

1. El otorgamiento de dividendos deberá estar expresamente convenido en la Carátula de la Póliza.
2. El dividendo se computará y pagará según la periodicidad especificada en la Carátula de Póliza (en lo sucesivo, el "Periodo de Dividendos").
3. El Contratante o Asegurado podrán acceder a este beneficio cada Periodo de Dividendos, por lo que el beneficio se reinstalará con dicha periodicidad.
4. Para tener derecho al dividendo:
  - a) El Contratante y/o Asegurado deberá contar con una vigencia continua e ininterrumpida del seguro durante el Periodo de Dividendos, no obstante que el seguro tenga una vigencia anual.
  - b) No deberá haberse presentado reclamo alguno por la ocurrencia de un siniestro respecto de cualquiera de las coberturas o secciones contratadas y detalladas en la Carátula de la Póliza, durante el Periodo de Dividendos; es decir, la Póliza deberá presentar durante el periodo de cómputo cero siniestralidad o siniestralidad nula.
  - c) La condición de cero siniestralidad o siniestralidad nula en relación con el periodo respecto del cual se pagará el

dividendo, deberá subsistir incluso de manera posterior al Periodo de Dividendos reclamado; en el entendido que la ocurrencia de un siniestro fuera del Periodo de Dividendos reclamado, no afectará de forma alguna el pago del beneficio.

5. La Póliza deberá encontrarse al corriente en el pago de primas, sin presentar atraso alguno respecto del periodo respecto del cual se solicita el pago de dividendos. El dividendo será pagado a la(s) persona(s) que haya(n) pagado la prima, en la proporción respectiva.
6. El dividendo se pagará dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de conclusión del Periodo de Dividendos reclamado, a través del medio que el Contratante y/o Asegurado haya señalado previamente y por escrito a la Compañía.
7. Previo al pago del dividendo, el Asegurado deberá entregar a la Compañía una carta firmada bajo protesta de decir verdad, declarando no tener conocimiento de hecho o circunstancia alguna que pueda derivar en la reclamación de un siniestro, dentro del Periodo de Dividendos reclamado.
8. Pagado el dividendo y en caso de que por cualquier circunstancia se presentare el reclamo de un siniestro de manera ulterior en relación con el Periodo de Dividendos respecto del cual se realizó el pago de participación en las utilidades o dividendo, el monto pagado por concepto de dividendo será automáticamente descontado de la indemnización (siniestro) a la que el Asegurado o Beneficiario tenga derecho, de resultar procedente su pago.
9. El dividendo será calculado sobre la Prima Neta pagada. Para efectos de esta cláusula se entenderá por "Prima Neta" a la prima sin incluir el impuesto al valor agregado.

## Sección Segunda Disposiciones Generales

### Cláusula 1ª. Prima

---

La prima de esta Póliza será la especificada en la Carátula de la Póliza y vence en el momento de la celebración del contrato.

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

El Asegurado gozará de un periodo de gracia de noventa (90) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

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

La prima convenida podrá ser pagada por el Asegurado mediante cheque, transferencia bancaria, descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya seleccionado. En tanto la Aseguradora 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, será prueba plena del pago de la prima.

### Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato

---

Para cada una de las coberturas, este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza.

### Cláusula 3ª. Modificaciones al Contrato

---

Las disposiciones generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse mediante acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Toda modificación efectuada al producto de seguro, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### Cláusula 4ª. Notificaciones

---

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

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

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



## Cláusula 5ª. Competencia

---

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora (UNE) o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Aseguradora a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

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

### Datos de Contacto

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7,  
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,  
C.P. 06600, Ciudad de México.  
Teléfonos: 800 006 3342  
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com  
Horarios de Atención: Lunes a Jueves 8:30 a 17:00 horas  
y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

## Cláusula 6ª. Interés Moratorio

---

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

## Cláusula 7ª. Prescripción

---

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán:

- I. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

### **Cláusula 8ª. Moneda**

---

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

### **Cláusula 9ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales**

---

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Aseguradora proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

### **Cláusula 10ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**

---

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

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

### **Cláusula 11ª. Agravación del Riesgo**

---

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 18 de diciembre de 2020 con el número RESP-S0039-0006-2020 / CONDUSEF-003764-02.

## Cláusula 12ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

---

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Aseguradora.

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

Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Aseguradora: [chubb.com/mx](http://chubb.com/mx)

## Cláusula 13ª. Artículos Citados

---

### Ley Sobre el Contrato de Seguro

**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.

**Artículo 40.-** Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

**Artículo 67.-** Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

**Artículo 69.-** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del 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.

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

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

**Artículo 81.-** Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

**Artículo 82.-** 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

**Artículo 84.-** Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

**Artículo 167.-** El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del Beneficiario, así como para la trasmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

**Artículo 170.-** El seguro recíproco podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 167.

**Artículo 172.-** Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, 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 empresa aseguradora 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 empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

## Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

**Artículo 102 (primer párrafo).** - En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

**Artículo 103.-** La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:

- I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:
  - a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y
  - b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
- II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:
  - a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
  - b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

**ARTÍCULO 202.-** Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir

con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el Contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

**Artículo 214.-** La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte.
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios.
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.  
  
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado.
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán



a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

**Artículo 277.-** En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

### **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**

**Artículo 50 Bis.-** Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación.
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público.
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras.
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

**Artículo 65.-** Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

**Artículo 68.-** La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

**I Bis.** La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior.

- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar.

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe.

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes.

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución.
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

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 07 de junio de 2019, con el número PPAQ-S0039-0024-2019 / CONDUSEF-003764-02.

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

---

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

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

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

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

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

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 07 de junio de 2019, con el número PPAQ-S0039-0024-2019 / CONDUSEF-003764-02.

## **Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual**

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

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

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**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 07 de junio de 2019, con el número PPAQ-S0039-0024-2019 / CONDUSEF-003764-02.

**Formato de Designación de Beneficiarios**

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

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento o RFC	Parentesco	Porcentaje

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de junio de 2019, con el número PPAQ-S0039-0024-2019 / CONDUSEF-003764-02.

## **Cláusula General Designación de Beneficiarios**

---

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 17 de marzo de 2022, con el número CGEN-S0039-0048-2022 / CONDUSEF-003764-02.



## Contacto

---

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

Tel.: 800 223 2001