

Seguro de Cáncer por Género y Enfermedades Graves

CHUBB®

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	7
<hr/>	
Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas	7
<hr/>	
Sección I. Cobertura de Cáncer	7
<hr/>	
PAQUETE PARA MUJER	8
<hr/>	
1. Cáncer cervicouterino	8
<hr/>	
2. Cáncer de Ovario	8
<hr/>	
3. Cáncer de Mama	9
<hr/>	
4. Cáncer Primario de Vagina	9
<hr/>	
5. Cáncer Primario de Vulva	10
<hr/>	
6. Cáncer Primario de Trompas Uterinas	10
<hr/>	
7. Cáncer de Endometrio o Uterino (sarcomas uterinos)	10
<hr/>	
8. Cáncer de Tiroides	10
<hr/>	
9. Cáncer colorrectal	11
<hr/>	
PAQUETE PARA HOMBRE	12
<hr/>	
1. Cáncer de Próstata	12
<hr/>	
2. Cáncer de Testículo	12
<hr/>	
3. Cáncer de Pene	12
<hr/>	
4. Cáncer de Escroto	12
<hr/>	
5. Cáncer Pulmonar	13
<hr/>	
6. Cáncer Gástrico	13
<hr/>	

7. Cáncer de Riñón	13
8. Cáncer Colorrectal	13
Sección II. Cobertura de Enfermedades Graves	15
1. Infarto Agudo al Miocardio	15
2. Trasplante de Órganos	16
3. Accidente Cerebrovascular	16
4. Insuficiencia Renal Crónica	17
5. Parálisis de Extremidades	17
Sección III. Cobertura Adicional de Enfermedades Graves	19
1. Lupus Eritematoso Sistémico con Nefritis (Nefritis Lúpica)	19
2. Esclerosis Múltiple	19
3. Enfermedad de Alzheimer	20
4. Cirugía de Válvulas Cardíacas	20
5. Esclerosis Sistémica Progresiva (esclerodermia)	21
Sección IV. Cobertura Adicional de Otras Enfermedades Graves	22
6. Cirugía de Revascularización aorto-coronaria	22
7. Traumatismo Craneoencefálico Mayor	22
8. Quemaduras Graves	23
9. Coma	23
10. Enfermedad de Parkinson	23

Cláusula 2ª. Limitaciones de Cobertura y Exclusiones Generales	25
Cláusula 3ª. Definiciones	26
Cláusula 4ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	29
Cláusula 5ª. Edades de Aceptación	30
Cláusula 6ª. Cancelación del Seguro	31
Cláusula 7ª. Renovación	31
Cláusula 8ª. Territorialidad	32
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	32
Cláusula 1ª. Prima	32
Cláusula 2ª. Vigencia	33
Cláusula 3ª. Modificaciones al Contrato	33
Cláusula 4ª. Notificaciones	33
Cláusula 5ª. Competencia	33
Cláusula 6ª. Interés Moratorio	34
Cláusula 7ª. Prescripción	34
Cláusula 8ª. Moneda	34
Cláusula 9ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	34
Cláusula 10ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	34
Cláusula 11ª. Agravación Esencial del Riesgo	35
Cláusula 12ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	36
Cláusula 13ª. Artículos Citados	36

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes,
Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades) 45

Consentimiento para la Entrega
de la Documentación Contractual 46

Formato de Designación de Beneficiarios 47

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.

El Asegurado podrá contratar un paquete de coberturas de acuerdo a su género (hombre o mujer), el cual estará conformado por la Sección I (Cobertura de Cáncer) y la Sección II (Cobertura de Enfermedades Graves), o bien, por una de las dos secciones, a elección del Asegurado, y además, podrá contratar una o las dos secciones de coberturas adicionales de Graves Enfermedades.

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.

Seguro de Cáncer por Género y Enfermedades Graves

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas

Sección I. Cobertura de Cáncer

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado con la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado por primera vez en su vida algún tipo de Cáncer de los listados en el paquete de cobertura contratado, de acuerdo a su género, 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.

Para esta cobertura es aplicable el Periodo de Espera especificado en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

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

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, 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 invasivo mayor a 0.75mm.

Cáncer in Situ: Es la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal.

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

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

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

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

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.

Los tipos de cáncer cubiertos bajo esta sección son los siguientes:

PAQUETE PARA MUJER

1. Cáncer Cervicouterino

1.1 Definición Cáncer Cervicouterino

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno invasor originado en el cuello uterino (cérvix) o parte inferior del útero, verificado mediante estudios histopatológicos.

1.2 Riesgo Cubierto

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

1.3 Exclusiones

- a) Todos los carcinomas “in situ”, displasias cervicales.**
- b) Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado.**
- c) Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) I, II Y III.**
- d) Todas las condiciones premalignas o cánceres no invasivos.**

2. Cáncer de Ovario

2.1 Definición Cáncer de Ovario

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno invasor originado en los ovarios, verificado mediante estudios histopatológicos.

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 Cáncer de Ovario por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

2.3 Exclusiones

- a) Cualquier Tumor de ovario que no sea considerado maligno.**

3. Cáncer de mama

3.1 Definición Cáncer de Mama

Diagnóstico inequívoco de tumor maligno que se origina en las células de la glándula mamaria, verificado mediante estudios histopatológicos.

3.2 Riesgo Cubierto

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

3.3 Exclusiones

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS RIESGOS Y POR LO TANTO LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SEÑALADA CUANDO EL CÁNCER DE MAMA, SEA CONSECUENCIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- A. SOMETIMIENTO DE LA ASEGURADA A RADIACIÓN PERMANENTE, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.**
- B. CUANDO EL CÁNCER DE MAMA O SENO CORRESPONDA A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:**
 - 1. TUMOR LOCALIZADO QUE PRESENTA LOS CAMBIOS CARACTERÍSTICOS DE CARCINOMA “IN SITU”, ENCAPSULADO O CONSIDERADO POR HISTOLOGÍA COMO PREMALIGNO.**
 - 2. CARCINOMA DE LA PIEL, CARCINOMA BASOCELULAR, CÉLULAS ESCAMOSAS, HIPERQUERATOSIS.**
- C. CUANDO EL CÁNCER SE HAYA DIAGNOSTICADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO DE ESPERA.**

4. Cáncer Primario de Vagina

4.1 Definición Cáncer Primario de Vagina

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno primario que se origina en las células escamosas de la vagina, verificado mediante estudios histopatológicos.

4.2 Riesgo Cubierto

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

4.3 Exclusiones

- a) Neoplasias intraepiteliales vaginales (VAIN 1, VAIN 2, VAIN 3).**
- b) Lesiones precancerosas, lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado.**
- c) Displasias de cualquier grado o carcinoma vaginal in situ.**
- d) Cáncer secundario de vagina.**

5. Cáncer Primario de Vulva

5.1 Definición Cáncer Primario de Vulva

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno primario que se origina en las células escamosas de la vulva, verificado mediante estudios histopatológicos.

5.2 Riesgo Cubierto

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

5.3 Exclusiones

- a) **Neoplasias intraepiteliales vulvares (VIN 1, 2 y 3).**
- b) **Lesiones precancerosas, lesiones intraepiteliales vulvares de alto y bajo grado.**
- c) **Displasias de cualquier grado o carcinoma vulva in situ.**
- d) **Cáncer secundario de vulva.**

6. Cáncer Primario de Trompas Uterinas

6.1 Definición Cáncer primario de trompas uterinas

Diagnóstico inequívoco de un carcinoma primario originado en las trompas uterinas, verificado mediante estudios histopatológicos.

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 Cáncer primario de trompas uterinas por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

6.3 Exclusiones

- a) **Cáncer cuyo origen primario no sea en trompas uterinas.**

7. Cáncer de Endometrio o Uterino (sarcomas uterinos)

7.1 Definición Cáncer de Endometrio o Uterino (sarcomas uterinos)

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno primario originado en las células del endometrio (recubrimiento interno del útero) o del músculo uterino, confirmado mediante estudios histopatológicos.

7.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado Cáncer de endometrio o uterino (sarcomas uterinos) por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

7.3 Exclusiones

- a) **Hiperplasia endometrial o cáncer cuyo origen primario no sea de endometrio o útero.**

8. Cáncer de Tiroides

8.1 Definición Cáncer de Tiroides

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno primario originado en la glándula tiroides, confirmado por un estudio histopatológico.

8.2 Riesgo Cubierto

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

8.3 Exclusiones

a) Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a T2N0M0.

9. Cáncer Colorrectal

9.1 Definición Cáncer Colorrectal

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado en el colon o en recto, confirmado mediante estudios histopatológicos.

9.2 Riesgo Cubierto

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

PAQUETE PARA HOMBRE

1. Cáncer de próstata

1.1 Definición Cáncer de Próstata

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno de próstata, confirmado mediante estudio histopatológico.

1.2 Riesgo Cubierto

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

1.3 Exclusiones

a) Cáncer de próstata en un estadio menor a T2N0M0.

2. Cáncer de Testículo

2.1 Definición Cáncer de Testículo

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado en el testículo, confirmado mediante estudio histopatológico.

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 Cáncer de testículo por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

3. Cáncer de Pene

3.1 Definición Cáncer de Pene

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado primario originado en los tejidos del pene, confirmado mediante estudio histopatológico.

3.2 Riesgo Cubierto

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

4. Cáncer de Escroto

4.1 Definición Cáncer de Escroto

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno del escroto conocido como carcinoma de células escamosas, confirmado mediante estudio histopatológico.

4.2 Riesgo Cubierto

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

5. Cáncer Pulmonar

5.1 Definición Cáncer Pulmonar

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado en los tejidos del pulmón, confirmado mediante estudios histopatológicos.

5.2 Riesgo Cubierto

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

5.3 Exclusiones

a) Cáncer de pulmón en un estadio menor a T2N0M0.

6. Cáncer Gástrico

6.1 Definición Cáncer Gástrico

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado en la capa mucosa que reviste la cara interna del estómago, confirmado mediante estudios histopatológicos.

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 Cáncer gástrico por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

6.3 Exclusiones

a) Cáncer gástrico en un estadio menor a T2N0M0.

7. Cáncer de Riñón

7.1 Definición Cáncer de Riñón

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado en los tejidos del riñón, confirmado mediante estudios histopatológicos.

7.2 Riesgo Cubierto

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

7.3 Exclusiones

a) Cáncer de riñón en un estadio menor a T2N0M0.

8. Cáncer Colorrectal

8.1 Definición Cáncer Colorrectal

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno originado en el colon o en recto, confirmado mediante estudios histopatológicos.

8.2 Riesgo Cubierto

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

8.3 Exclusiones

a) Cáncer de Colorrectal en un estadio menor a T2N0M0.

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 II. 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. Infarto Agudo al Miocardio

1.1 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.
- 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.

1.2 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.

1.3 Exclusiones

- a) **Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto al miocardio.**
- b) **Angina de pecho.**

- c) Elevación mínima de las troponinas, sin anomalías diagnosticadas en el ECG ni signos clínicos de infarto.
- d) 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) Infarto Agudo al Miocardio cuando el Asegurado presente alguna de las siguientes Enfermedades Preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:
 - Diabetes mellitus tipos 1, 2 e idiopática.
 - Hipertensión arterial.
 - 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.
 - Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.

2. Trasplante de Órganos

2.1 Definición de Trasplante de Órganos

Diagnóstico definitivo de insuficiencia o falla irreversible del corazón, ambos pulmones, hígado, ambos riñones o médula ósea, que hacen médicamente necesario el trasplante de un órgano. Para calificar en esta cobertura es necesario que la persona asegurada sea el receptor de un procedimiento de trasplante de:

- a) Corazón.
- b) Pulmón.
- c) Hígado.
- d) Riñón.
- e) Médula ósea con células hematopoyéticas progenitoras, precedido por ablación total de la médula ósea.

2.2 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, 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, cuando éste no haya recibido un Trasplante de Órganos previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

2.3 Exclusiones

- a) Otros trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas.
- b) Trasplante aislado de islotes pancreáticos.

3. Accidente Cerebrovascular

3.1 Definición Accidente Cerebrovascular

Diagnóstico definitivo de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneal, con:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 3 meses después de la fecha del diagnóstico.

El diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen (Tomografía axial computarizada o resonancia magnética).

3.2 Riesgo Cubierto

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

3.3 Exclusiones

- a) **Ataque isquémico transitorio.**
- b) **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**
- c) **Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.**

4. Insuficiencia Renal Crónica

4.1 Definición Insuficiencia Renal Crónica

Etapas terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.

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

- a) **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**
- b) **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 ésta o cualquier otra compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.**

5. Parálisis de Extremidades

5.1 Definición de Parálisis

Diagnóstico definitivo de pérdida total de la función muscular en dos o más extremidades (brazos o piernas) como resultado de una lesión o de una enfermedad de la médula espinal o del cerebro, que debe persistir por al menos 90 días después del evento precipitante. Se incluye en la cobertura la pérdida de función de miembros o extremidades clasificadas como diplejía, hemiplejía, tetraplejía o cuadriplejía.

La persona asegurada debe sobrevivir un periodo mínimo de 90 días después del evento precipitante.

5.2 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.

5.3 Exclusiones

- a) Condiciones o trastornos en los cuales la parálisis sea de naturaleza temporal.**
- b) Daño autoinfligido.**
- c) Parálisis parcial.**

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.

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 Adicional de Enfermedades Graves

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

1. Lupus Eritematoso Sistémico con Nefritis (Nefritis Lúpica)

1.1 Definición Lupus Eritematoso Sistémico con Nefritis (Nefritis Lúpica)

Enfermedad diseminada crónica, caracterizada por inflamación en prácticamente todos los órganos y tejidos por manifestaciones clínicas muy variadas, ocasionadas por una disfunción del sistema inmunitario que ataca a las células y tejidos sanos del propio organismo (autoinmunidad).

1.2 Riesgo Cubierto

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

1.3 Exclusiones

a) Formas de lupus eritematoso sistémico con nefritis con afecciones de los riñones (esto es, nefritis lúpica clase III y V, establecidas mediante biopsia renal, según criterios de la OMS). El diagnóstico debe ser confirmado por un reumatólogo.

Clasificación de la OMS de la Nefritis Lúpica:

- Clase I Glomerulonefritis lúpica mesangial mínima
- Clase II Glomerulonefritis lúpica mesangial proliferativa
- Clase III Glomerulonefritis lúpica focal
- Clase IV Glomerulonefritis lúpica proliferativa difusa
- Clase V Glomerulonefritis lúpica membranosa

2. Esclerosis Múltiple

2.1 Definición de Esclerosis Múltiple

Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple definitiva confirmada y evidenciada por todo lo siguiente:

- a) Estudios diagnósticos que incluyen hallazgos típicos en una resonancia magnética que confirmen el diagnóstico de esclerosis múltiple.
- b) Alteraciones de la función motora sensitiva, o déficit neurológico múltiple que persisten por un periodo continuo de al menos 6 meses.

2.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado con 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.

2.3 Exclusiones aplicables

- a) **Otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infección por VIH.**
- b) **Daño neurológico causado por lupus eritematoso sistémico.**

3. Enfermedad de Alzheimer

3.1 Definición Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad progresiva degenerativa del cerebro que se caracteriza por una pérdida de la capacidad intelectual y alteraciones de la memoria que debe ser diagnosticada por un neurólogo u otro médico capacitado en el diagnóstico de la enfermedad. El Asegurado y/o la persona responsable del cuidado y atención del Asegurado, debe exhibir los documentos que acrediten alteraciones de la memoria, el razonamiento y la incapacidad de realizar dos o más de las siguientes actividades:

- a) Bañarse.
- b) Vestirse.
- c) Asearse.
- d) Incontinencia.
- e) Trasladarse.
- f) Alimentarse por sí mismo.

La reclamación sólo será procedente si la enfermedad ha alcanzado el punto donde hay síntomas clínicos permanentes de demencia.

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 la Enfermedad de Alzheimer 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 Alzheimer, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Alzheimer, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El Diagnóstico a que se refiere esta Enfermedad deberá realizarlo un Médico Especialista en neurología, el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (tomografías, resonancia magnética, angiorrsonancia o doppler de carótidas).

3.3 Exclusiones

a) Otros tipos de demencia

4. Cirugía de Válvulas Cardíacas

4.1 Definición Cirugía de Válvulas Cardíacas

Práctica actual de una cirugía para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas, a consecuencia de enfermedades, anomalías o defectos valvulares. El diagnóstico de la anomalía valvular debe estar sustentado mediante un ecocardiograma y/o cateterismo cardíaco y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

4.2 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 de Válvulas Cardíacas, siempre que dicha cirugía resulte médicamente necesaria y ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

4.3 Exclusiones

a) Técnicas basadas en catéteres, incluyendo valvulotomía / valvuloplastia.

5. Esclerosis sistémica progresiva (esclerodermia)

5.1 Definición Esclerosis sistémica progresiva (esclerodermia)

Enfermedad sistémica crónica del tejido conectivo-vascular, caracterizada por alteraciones inflamatorias y fibrosis o engrosamiento de la piel, articulaciones, músculos y órganos internos que se asocian a lesión microvascular. El diagnóstico debe estar confirmado de manera inequívoca por la biopsia y la evidencia serológica y la enfermedad debe haber alcanzado proporciones sistémicas involucrando el corazón, el tracto gastrointestinal, los pulmones o los riñones.

5.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado definitivamente Esclerosis Sistémica Progresiva 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 Sistémica Progresiva, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Esclerosis Sistémica Progresiva, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

5.3 Exclusiones

- a) Esclerodermia localizada (esclerodermia lineal o morfea).**
- b) Síndrome CREST.**
- c) Fascitis eosinofílica.**

Sección IV. Cobertura Adicional de Otras Enfermedades Graves

6. Cirugía de Revascularización aorto-coronaria

6.1 Definición Cirugía de Revascularización aorto-coronaria

Cirugía a corazón abierto para corregir el estrechamiento o el bloqueo de una o más arterias coronarias y restablecer el flujo sanguíneo apropiado mediante injertos arteriales o venosos.

6.2 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 de Revascularización aorto-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.

6.3 Exclusiones

- a) **Procedimientos de revascularización basados en catéteres.**
- b) **Angioplastia coronaria.**
- c) **Colocación de endoprótesis o stents por técnica intraarteriales.**

7. Traumatismo craneoencefálico mayor

7.1 Definición Traumatismo craneoencefálico mayor

Lesión encefálica accidental que resulte de un déficit neurológico permanente con síntomas clínicos persistentes, que pueda ser evidenciado al menos 3 meses después de la fecha del accidente. El diagnóstico de la lesión cerebral debe ser confirmado por un neurólogo y debe ser sustentado en hallazgos inequívocos en una resonancia magnética, una TAC u otras técnicas confiables de imagen. La lesión cerebral debe ser causada exclusiva y directamente por una causa externa, súbita, fortuita y violenta. El daño encefálico debe resultar en una incapacidad de realizar al menos 3 de las siguientes actividades de la vida diaria:

- a) Bañarse.
- b) Vestirse.
- c) Asearse.
- d) Incontinencia.
- e) Trasladarse.
- f) Alimentarse por sí mismo.

7.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado Traumatismo Craneoencefálico Mayor 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 Traumatismo Craneoencefálico Mayor, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Traumatismo Craneoencefálico Mayor, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

7.3 Exclusiones

- a) **Lesiones de la medula espinal.**
- b) **Lesiones cerebrales debido a cualquier otra causa.**

8. Quemaduras Graves

8.1 Definición Quemaduras Graves

Quemaduras de tercer grado que afecten al menos el 20% (veinte por ciento) de la superficie corporal del Asegurado o al menos 20% (veinte por ciento) de la superficie de la cara o la cabeza. El diagnóstico deberá ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

8.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado con la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado se enfrenta a quemadura graves que coincidan con la definición antes descrita, siempre que dichos daños ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.

8.3 Exclusiones

- a) Quemaduras que sean resultado de lesiones auto-infligidas.
- b) Quemaduras por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar con un nivel de alcohol en sangre a partir de 0.38 mg/l, o por el uso de drogas, estimulantes o somníferos, que no hayan sido prescritos por un médico.
- c) Quemaduras como consecuencia de intento de suicidio del Asegurado, aun cuando tengan lugar en estado de enajenación mental.

9. Coma

9.1 Definición Coma

Se refiere a un estado de inconsciencia sin reacción a estímulos externos o a necesidades internas, que persiste por al menos noventa y seis (96) horas, con necesidad de sistemas de soporte vital. Debe existir un déficit neurológico permanente certificado por un neurólogo, que debe evidenciarse al menos 30 días después del inicio del coma.

9.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es diagnosticado en estado de coma de acuerdo con la definición antes descrita, siempre que dicho diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

10. Enfermedad de Parkinson

10.1 Definición Enfermedad de Parkinson

Se refiere al diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson primaria o idiopática, realizado por un neurólogo, basado en signos claros de afección neurológica progresiva, donde el asegurado tiene incapacidad permanente para realizar al menos 3 de las siguientes actividades de la vida diaria por un periodo continuo de al menos 6 meses, a pesar de estar bajo tratamiento médico óptimo:

- a) Bañarse.
- b) Vestirse.
- c) Asearse.
- d) Incontinencia.
- e) Trasladarse.
- f) Alimentarse por sí mismo.

9.2 Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es diagnosticado con Parkinson de acuerdo con la definición antes descrita, siempre que dicho diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.

Exclusiones

- a) **Parkinson secundario.**
- b) **Enfermedad de Parkinson inducida por abuso de drogas y/o sustancias tóxicas.**

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.

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. Limitación de Cobertura y Exclusiones Generales

Limitación de cobertura aplicable a todas las Enfermedades Graves de las listadas en las Secciones II, III y IV:

- Este seguro únicamente cubre la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves numeradas en cada sección contratada, 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 Sección contratada.

Exclusiones generales aplicables a todas las Enfermedades Graves incluidas en las Secciones II, III Y IV:

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 con un nivel de alcohol en sangre a partir de 0.38 mg/l, 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.

Cláusula 3. 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 esta 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 y las cláusulas adicionales constituyen prueba plena del Contrato de Seguro.

Convalecencia: Es el periodo que el Asegurado debe permanecer constantemente recluso 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 anatomo patología.

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 anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una Enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un Médico determine 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

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.

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.

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.

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.

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 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 en caso de que éste fallezca, a él o los beneficiarios designados en los formatos correspondientes, y en caso de no haber hecho designación de beneficiarios, a su sucesión legal, 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 Cáncer o 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

Titular y Cónyuge. La edad mínima de aceptación será de 15 años mientras que la edad máxima de aceptación será de 69 años con renovación hasta los 69 años y cancelación a los 70 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 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.

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 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 Esencial del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

Cláusula 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

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 transmisión 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.
- VII. 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; 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 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 16 de diciembre de 2021, con el número CNSF-S0039-0357-2021 / CONDUSEF-005057-02.

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 .

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 16 de diciembre de 2021, con el número CNSF-S0039-0357-2021 / CONDUSEF-005057-02.

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 16 de diciembre de 2021, con el número CNSF-S0039-0357-2021 / CONDUSEF-005057-02.

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

Solo en caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización que proceda será pagada a los beneficiarios designados para tales efectos. En caso de que el Asegurado no hubiere hecho designación de beneficiarios, la indemnización correspondiente se pagará a su sucesión legal.

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 16 de diciembre de 2021, con el número CNSF-S0039-0357-2021 / CONDUSEF-005057-02.

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