

Seguro de Grupo de Deudores
Experiencia Combinada sin
Participación en las Utilidades

CHUBB®

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula 1ª. Definiciones	4
Cláusula 2ª. Cobertura Básica	7
Cláusula 3ª. Descripción de Coberturas Básicas	7
Cláusula 4ª. Coberturas Opcionales	12
Cláusula 5ª. Exclusiones	14
Cláusula 6ª. Suicidio	17
Cláusula 7ª. Edad del Asegurado	17
Cláusula 8ª. Designación de Beneficiarios	18
Cláusula 9ª. Administración de la Póliza	19
Cláusula 10ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	20
Cláusula 11ª. Cancelación	22
Cláusula 12ª. Seguros de Deudores (Disposición 4.5.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	22
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	23
Cláusula 1ª. Prima	23
Cláusula 2ª. Rehabilitación	24
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	24
Cláusula 4ª. Renovación Automática	24

Cláusula 5ª. Selección de Riesgo	24
Cláusula 6ª. Competencia	25
Cláusula 7ª. Comunicaciones y Notificaciones	25
Cláusula 8ª. Moneda	25
Cláusula 9ª. Prescripción	26
Cláusula 10ª. Interés Moratorio	26
Cláusula 11ª. Modificaciones al Contrato	26
Cláusula 12ª. Agravación del Riesgo	26
Cláusula 13ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	28
Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	28
Cláusula 15ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	28
Cláusula 16ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro	29
Cláusula 17ª. Artículos Citados	30
Resumen de las Principales Condiciones del Asegurado	39
Cuestionario Sobre la Salud del Asegurado	58
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	60
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida	61
Cláusula General Designación de Beneficiarios	62

Seguro de Grupo de Deudores Experiencia Combinada sin Participación en las Utilidades

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula 1ª. Definiciones

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

Accidente cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado: Es la persona física integrante del Grupo Deudor que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la Carátula o certificado de la misma.

Aseguradora y/o Compañía: Se refiere a Chubb Seguros México, S.A.

Beneficiario: Es la persona física o moral que recibe el pago especificado en la Carátula o Certificado de la Póliza. Para efectos de este contrato, en el caso de ocurrir el fallecimiento o la invalidez o la enfermedad grave al Asegurado, el Beneficiario será el Contratante del seguro, quien ha otorgado un crédito a éste. En el caso de estar contratada alguna de las coberturas opcionales, el Beneficiario será el designado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Contratante: Significa la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Aseguradora y sobre la cual recae la obligación del pago de la Prima.

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

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

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

Enfermedades congénitas: Son aquellas alteraciones de la salud con las que se nace y que se contraen en el útero materno.

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 contratación o de la fecha alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico Médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

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

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad o un padecimiento haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será que un Médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para la detección o tratamiento de la enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato de Seguro.

La Compañía 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 Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación; 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 Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

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

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico especialista certificado por el Consejo correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

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

El laudo emitido por arbitraje vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

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

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

Grupo Asegurado: Se define como Grupo Asegurado al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.

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

Periodo de Espera: Periodo de tiempo que se estipula debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura. Para la cobertura de Enfermedades Graves habrá un Periodo de Espera de noventa (90) días naturales continuos posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro o del Certificado Individual correspondiente, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la Carátula de la Póliza. Este periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro.

Póliza: Significa el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, Carátula o Certificado, Certificados y los endosos que sean emitidos por la Aseguradora.

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.

Reclamación: Significará el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de ocurrencia del evento Asegurado.

Saldo: Es la parte de la deuda no cubierta que el Asegurado tenga pendiente de pago.

Suma Asegurada: Es la cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir una reclamación amparada por esta Póliza. Para efectos de este seguro, la Suma Asegurada para la Cobertura Básica será el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago el Asegurado y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, la invalidez o la ocurrencia de la Enfermedad Grave, estando vigentes la Póliza y el Certificado individual al momento del siniestro. En caso de haberse contratado coberturas opcionales, la Suma Asegurada será la contratada para cada cobertura y se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Territorio Nacional: Se entenderá por territorio nacional los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

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

Cláusula 2ª. Cobertura Básica

El Contratante tendrá la opción de contratar cualquiera de las 3 posibilidades de coberturas básicas que se numeran a continuación:

1. Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, estando vigentes la Póliza y el Certificado individual al momento del siniestro.

2. Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento o la invalidez, estando vigentes la Póliza y el Certificado individual al momento del siniestro.

3. Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente o Enfermedades Graves

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente o la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves descritas en esta Póliza del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, la invalidez o la ocurrencia de la Enfermedad Grave, estando vigentes la Póliza y el Certificado individual al momento del siniestro.

Cláusula 3ª. Descripción de Coberturas Básicas

1. Fallecimiento

Se entiende como la muerte del Asegurado ocurrida durante la vigencia de la Póliza y/o el Certificado Individual correspondiente.

2. Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que lo imposibiliten totalmente para ser empleado o contratado en cualquier trabajo u ocupación de tipo remunerado.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de tres (3) o de seis (6) meses (según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente) a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentado.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo continuo de tres (3) o de seis (6) meses:

- a) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos.
- b) La pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie.
- c) La pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

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

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los tres (3) o seis (6) meses, según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a La Aseguradora, además de lo establecido en el apartado PRUEBAS y Documentos para el pago de la indemnización de las condiciones generales, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

3. Enfermedades Graves

Se consideran como Enfermedades Graves las siguientes, siempre y cuando ocurra por primera vez en la vida del Asegurado una sola de ellas, estando vigente la Póliza y/o el Certificado Individual correspondiente.

1. Todo Tipo de Cáncer

Definición

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio y leucemia.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

Se excluyen:

- **Los tumores benignos.**
- **Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.**
- **El carcinoma “in situ” (que se entiende como la substitución del epitelio normal por células anormales que muestran cambios en la estructura interna sin rebasar más allá de la membrana basal, en cualquier parte del cuerpo).**
- **Los cánceres de piel de tipo basocelular y espinocelular.**
- **Cáncer preexistente a la contratación de este seguro.**
- **Sarcoma de kaposi.**
- **Una infección oportunista y/o carcinoma maligno, si al momento de una crisis, el Asegurado tenía Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

2. Infarto Agudo al Miocardio**Definición**

Padecimiento que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante 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 cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las 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, diaforesis (sudoración excesiva).
- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

Se excluye:

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando el infarto al miocardio sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) **Infarto al miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- b) **Los siguientes padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:**
 - i. **Diabetes mellitus tipos 1, 2 e ideopática.**
 - ii. **Hipertensión arterial.**
 - iii. **Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (imc) mayor a 30 unidades. Las unidades en que están dados los índices de masa corporal, se obtienen mediante**

la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para considerar a alguien obeso mórbido es que el índice de masa corporal sea de 30 o más unidades kg/e2.

- **No se cubren los ataques isquémicos transitorios.**

3. Apoplejía

Definición

Cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia de un vaso intracraneal
- Embolia de fuente extracraneal

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas). Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

Se excluyen:

- **Ataques Isquémicos Transitorios.**

4. Insuficiencia Renal Crónica

Definición

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, de una Insuficiencia Renal Crónica.

Se excluye:

No está asegurada la insuficiencia renal crónica en Asegurados diabéticos, cuando esta sea consecuencia de dicha enfermedad; sin embargo, si el Asegurado demuestra haber estado continuamente asegurado con un seguro de enfermedades graves durante al menos cinco (5) años en esta o cualquier otra compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

5. Cirugía Coronaria

Definición

Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (bypass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Riesgo Cubierto

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

Se excluye:

- **Trombólisis Mediante Cateterismo Coronario.**

6. Esclerosis Múltiple**Definición**

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

Riesgo Cubierto

Diagnóstico definitivo e inequívoco de neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de Esclerosis Múltiple caracterizada, al menos, por persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones; aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada en una silla de ruedas.

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

7. Parálisis de Extremidades**Definición**

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Riesgo Cubierto

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

Se excluye:

- 1. Parálisis ocasionada por apoplejía.**
- 2. Parálisis ocasionada por esclerosis múltiple.**

8. Trasplante de Órganos Vitales**Definición**

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto

Estará cubierto el Trasplante de Órganos Vitales que le ocurra al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza.

Para efectos de esta cobertura estará cubierto el Trasplante de los Órganos Vitales que se indican a continuación:

- Corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea.

Se excluye:

- **Cualquier gasto incurrido por el donante.**
- **Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del corazón.**

Periodo de Espera para la Cobertura de Enfermedades Graves

Para cada Asegurado amparado por esta cobertura existirá un Periodo de Espera de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o desde la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda.

En caso de que al Asegurado le sea diagnosticada alguna de las Enfermedades Graves descritas en la Póliza dentro del mencionado Periodo de Espera, se considerará excluida de cobertura dicha Enfermedad Grave, no teniendo la Compañía obligación de pagar los beneficios de la Póliza.

No se exigirá Periodo de Espera en las renovaciones del plazo de vigencia de la Póliza, en tanto se den en forma continua, sin interrupción alguna.

Limitación de Cobertura

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, 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 extinción inmediata de la cobertura.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los Beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

Cláusula 4ª. Coberturas Opcionales

El Asegurado quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, teniendo estas un costo adicional:

1. Muerte Accidental

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza y el Certificado Individual correspondiente se encuentren en vigor al momento de ocurrir el Accidente.

De la Suma Asegurada anterior se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta Póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo Accidente que provocó la muerte del Asegurado.

2. Muerte Accidental Colectiva

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a la cobertura de "Muerte Accidental", si ocurre que el Accidente que provoque la muerte del Asegurado es de naturaleza colectiva, entendiéndose como tal:

- a) Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público aéreo, terrestre o marítimo y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado o documento expedido por la empresa transportadora que avale el viaje, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular, o:

- b) Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- c) Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

3. Pérdidas Orgánicas

Con Escalas de Indemnización A o B

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla y que se indica a continuación:

Tablas de Indemnización

Escala A

Pérdida Orgánica Escala de indemnizaciones A	% de la Suma Asegurada Contratada para esta Cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Escala B

Pérdida Orgánica Escala de indemnizaciones B	% de la Suma Asegurada Contratada para esta Cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar o ni el índice	25%

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- **Por pérdida de la mano:** la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- **Por pérdida del pie:** la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- **Por pérdida de los dedos:** la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Responsabilidad Máxima en Cobertura por Pérdidas Orgánicas

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado.

Cláusula 5ª. Exclusiones

Para las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

1. **Accidentes que se originen por participar en:**
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - c) Riña provocada por el Asegurado.
2. **Esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el Asegurado de forma activa.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.

- d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
- e) La práctica profesional de cualquier deporte.
- 3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 4. Cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea consecuencia de accidentes ocurridos por estar el Asegurado en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- 5. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- 6. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
- 7. Muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
- 8. Padecimientos preexistentes.

En el caso de la cobertura de muerte accidental colectiva, la Aseguradora no hará ningún pago por esta cobertura, si el accidente que provoque el fallecimiento del Asegurado ocurre en un taxi o en cualquier otro vehículo de transporte de pasajeros, si éste no tiene ruta e itinerario fijo establecido.

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la invalidez sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- 1. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - c) Riña provocada por el Asegurado.
- 2. Esta Póliza no ampara invalidez derivada de accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.

- d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - e) La práctica profesional de cualquier deporte.
3. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
 5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
 6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
 7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 9. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
 10. Culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
 11. Cuando el estado de invalidez haya sido originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.

Exclusiones Generales para la Cobertura de Enfermedades Graves

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

1. Enfermedades preexistentes o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la Póliza.
2. Enfermedades congénitas.
3. 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.
4. Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.
5. Enfermedad grave originada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico.

6. **Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

Enfermedades graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:

1. **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
2. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
3. **Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.**
4. **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.**
5. **La práctica profesional de cualquier deporte.**
6. **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.**
7. **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.**
8. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.**

Exclusiones Generales del Seguro

Esta Póliza no ampara:

- a) **Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.**
- b) **Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.**
- c) **Los créditos en los que la periodicidad de pago sea mayor a un año.**

Cláusula 6ª. Suicidio

La Aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de los doce (12) meses de la Fecha de Alta del Certificado Individual. Si el suicidio ocurre antes de los (12) meses, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Cláusula 7ª. Edad del Asegurado

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de la cobertura de Fallecimiento, serán como mínimo dieciocho (18) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, los límites de edad del Asegurado serán como mínimo dieciocho (18) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de ochenta y un (81) años.

Para la cobertura de Enfermedades Graves, Los límites de edad del Asegurado serán como mínimo dieciocho (18) años y sesenta y cinco (65) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años.

Para las coberturas opcionales de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas, los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo dieciocho (18) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 8ª. Designación de Beneficiarios

Para efectos de este contrato, en el caso de ocurrir el fallecimiento o la invalidez o la enfermedad grave al Asegurado, el Beneficiario será el Contratante del seguro, quien ha otorgado un crédito a éste. En el caso de estar contratada alguna de las coberturas opcionales, el Beneficiario será el designado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Asegurado podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un Beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la Aseguradora o al Contratante, en su caso, para su registro correspondiente.

La Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

Cláusula 9ª. Administración de la Póliza

Registro de Asegurados: La Aseguradora formará un registro de Asegurados, el cual contará con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo.
- II. Suma asegurada o regla para determinarla.
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo.
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate.
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

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

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

Altas: El seguro iniciará desde el momento que el acreditado y sus deudores solidarios concreten la operación que los hacen elegibles para el seguro en los términos contratados.

En caso de que el alta no se concrete dentro de los treinta días después de ser elegibles, su aceptación queda condicionada a la presentación de las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora requiera.

Presentadas las pruebas requeridas, la Aseguradora, en un plazo que no excederá de treinta días comunicará su aceptación o rechazo; en caso de no hacerlo, se entenderá que el alta ha sido aceptada.

Certificado individual: La Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, en su caso, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: Se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cláusula 10ª. Procedimiento en Caso de Siniestro

1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización de esta Póliza deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a que el Asegurado o Beneficiario, en su caso, hubieren tenido conocimiento de 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.

2. Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas. 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, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

3. Documentos para el Pago de Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presente a la Compañía los siguientes documentos: Las pruebas que el reclamante deberá presentar para la reclamación del siniestro son las siguientes:

Para la Cobertura de Fallecimiento

1. Formato de reclamación.
2. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.

3. Acta de defunción del Asegurado en original o copia certificada.
4. Copia Fotostática de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios.
5. Consentimiento/Certificado, en caso de contar con él.
6. En caso de no existir designación de Beneficiarios, presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea.

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Dictamen de Invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
3. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado.
5. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
6. Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.

Para la Cobertura de Enfermedades Graves

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la identificación oficial del Asegurado que contengan foto y firma (INE, Pasaporte o Cédula Profesional).
3. Original del Informe Médico y/o Historia Clínica, pruebas radiológicas, histológicas y/o de laboratorio que sustenten la solicitud de pago.
4. Copia de los resultados de los estudios realizados (Electrocardiograma, Rx, Enzimas cardíacas).
5. Copia de la factura del hospital o Constancia de Hospitalización.

Para la Cobertura de Muerte Accidental

1. Formato de reclamación.
2. Carta reclamación.
3. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, en caso de contar con ella y del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Acta de defunción del Asegurado.
5. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
6. Acta de matrimonio (solo si el Beneficiario es el cónyuge).

Para la Cobertura de Muerte Accidental Colectiva

1. Formato de reclamación.
2. Carta reclamación.
3. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, en caso de contar con ella y del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Acta de defunción del Asegurado.
5. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
6. Acta de matrimonio (solo si el Beneficiario es el cónyuge).

Para la Cobertura de Pérdidas Orgánicas

1. Formato de reclamación.
2. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
3. Carta Reclamación (Relato de hechos indicando fecha de ocurrido y mecanismo de la lesión).

4. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
5. Documento que compruebe la Pérdida Orgánica.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a: Edificio Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono **800 006 3342**.

4. Formas de Indemnización

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a esta Póliza en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

5. Deducciones

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

Cláusula 11ª. Cancelación

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

- a) En la fecha en que el crédito otorgado al Asegurado sea pagado íntegramente.
- b) Por el traspaso del adeudo.
- c) Porque el Asegurado haya incurrido en mora en el pago de su crédito adeudado por más de seis meses. Si el Asegurado reanuda sus pagos del crédito adeudado, el Contratante, con el consentimiento del citado Asegurado, podrá rehabilitar el seguro si proporciona a su costa, pruebas de asegurabilidad para la Aseguradora.
- d) En la fecha de vencimiento de la cobertura de la presente Póliza.
- e) En la fecha programada para el vencimiento del Crédito adeudado por el Asegurado.
- f) A la ocurrencia del riesgo amparado por la cobertura básica contratada.
- g) Por solicitud escrita del Contratante.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada de su Póliza, la Compañía devolverá la prima neta pagada 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 Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

Cláusula 12ª. Seguros de Deudores (Disposición 4.5.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)

- I. El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Aseguradora pague al Beneficiario del seguro, el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios.

- II. La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al Beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, y
- III. El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Aseguradora, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en la fracción II precedente.

Sección Segunda Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento autorizada vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) 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 Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente, mediante efectivo, cheque, transferencia bancaria, o bien, mediante descuentos por nómina o cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 2ª. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

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

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

La Aseguradora responderá por todos los siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula o certificado de esta Póliza.

Cláusula 4ª. Renovación Automática

Este contrato tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración y, de existir el mismo plan, en los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, considerando incrementos en las primas de acuerdo a las edades alcanzadas al momento de la renovación.

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

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

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

Cláusula 5ª. Selección de Riesgo

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo, en caso de haberlas, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

Cláusula 6ª. 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 de 8:30 a 17:00
horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Cláusula 7ª. Comunicaciones y 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 que conozca la Aseguradora.

Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

Cláusula 8ª. Moneda

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

Cláusula 9ª. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

- 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 sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio 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 Compañía.

Cláusula 10ª. 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 indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta (30) días señalado en el artículo 71 antes citado.

Cláusula 11ª. Modificaciones al Contrato

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

Cláusula 12ª. Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

Chubb Seguros México, S.A. consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior,

con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de diciembre de 2020 con el número RESP-S0039-0007-2020 / CONDUSEF-003794-05.

Cláusula 13ª. 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 14ª. 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 15ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía está obligada, en los contratos de adhesión que celebren bajo la comercialización a través de Medios Electrónicos, o de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y 103, fracciones I y II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, a hacer del conocimiento del Contratante o Asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

- a) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

- Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Asegurado.
- De manera personal al momento de contratar el seguro.

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

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

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

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

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

Cláusula 16ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro

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

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

Cláusula 17ª. 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 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.

Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo.

El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior.
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. 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, este 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, esta 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.

Chubb Seguros México, S.A.

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

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 22 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0039-0205-2019 / CONDUSEF-003794-05.

Resumen de las Principales Condiciones Generales

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula 1ª. Definiciones

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

Accidente Cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado: Es la persona física integrante del Grupo Deudor que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la Carátula o certificado de la misma.

Aseguradora y/o Compañía: Se refiere a Chubb Seguros México, S.A.

Beneficiario: Es la persona física o moral que recibe el pago especificado en la Carátula o certificado de la Póliza. Para efectos de este contrato, en el caso de ocurrir el fallecimiento o la invalidez o la enfermedad grave al Asegurado, el Beneficiario será el Contratante del seguro, quien ha otorgado un crédito a éste. En el caso de estar contratada alguna de las coberturas opcionales, el Beneficiario será el designado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Contratante: Significa la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Aseguradora y sobre la cual recae la obligación del pago de la Prima.

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

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

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

Enfermedades congénitas: Son aquellas alteraciones de la salud con las que se nace y que se contraen en el útero materno.

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

- Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación o de la fecha alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- En los que se haya realizado un diagnóstico Médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

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

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad o un padecimiento haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será que un Médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para la detección o tratamiento de la enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato de Seguro.

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

- Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado 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
- 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 Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

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

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico especialista certificado por el Consejo correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y

experiencia en el campo específico del que se trate. La Compañía 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 dimitir la controversia.

El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

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

El laudo emitido por arbitraje vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

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

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

Grupo Asegurado: Se define como Grupo Asegurado al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.

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

Periodo de Espera: Periodo de tiempo que se estipula debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura. Para la cobertura de Enfermedades Graves habrá un Periodo de Espera de noventa (90) días naturales continuos posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro o del Certificado Individual correspondiente, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la Carátula de la Póliza. Este periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro.

Póliza: Significa el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, Carátula o certificado, certificados y los endosos que sean emitidos por la Aseguradora.

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.

Reclamación: Significará el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de ocurrencia del evento asegurado.

Saldo: Es la parte de la deuda no cubierta que el Asegurado tenga pendiente de pago.

Suma Asegurada: Es la cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir una reclamación amparada por esta Póliza. Para efectos de este seguro, la Suma Asegurada para la Cobertura Básica será el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago el Asegurado y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, la invalidez o la ocurrencia de la Enfermedad Grave, estando vigentes la Póliza y el certificado individual al momento del siniestro. En caso de haberse contratado coberturas opcionales, la Suma Asegurada será la contratada para cada cobertura y se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Territorio Nacional: Se entenderá por territorio nacional los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

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

Cláusula 2ª. Cobertura Básica

El Contratante tendrá la opción de contratar cualquiera de las 3 posibilidades de coberturas básicas que se numeran a continuación:

1. Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, estando vigentes la Póliza y el certificado individual al momento del siniestro.

2. Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento o la invalidez, estando vigentes la Póliza y el certificado individual al momento del siniestro.

3. Fallecimiento o Invalidez Total o Permanente o Enfermedades Graves

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente o la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves descritas en esta Póliza del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario el monto del saldo del adeudo que tenga pendiente de pago y que haya sido reportado en el mes inmediato anterior al fallecimiento, la invalidez o la ocurrencia de la Enfermedad Grave, estando vigentes la Póliza y el certificado individual al momento del siniestro.

Cláusula 3ª. Descripción de Coberturas Básicas

1. Fallecimiento

Se entiende como la muerte del Asegurado ocurrida durante la vigencia de la Póliza y/o el Certificado Individual correspondiente.

2. Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que lo imposibiliten totalmente para ser empleado o contratado en cualquier trabajo u ocupación de tipo remunerado.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de tres (3) o de seis (6) meses (según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente) a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentado.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo continuo de tres (3) o de seis (6) meses:

- a) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos.
- b) La pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie.
- c) La pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

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

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los tres (3) o seis (6) meses, según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a La Aseguradora, además de lo establecido en el apartado PRUEBAS y Documentos para el pago de la indemnización de las condiciones generales, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La

Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

3. Enfermedades Graves

Se consideran como Enfermedades Graves las siguientes, siempre y cuando ocurra por primera vez en la vida del Asegurado una sola de ellas, estando vigente la Póliza y/o el Certificado Individual correspondiente.

1. Todo Tipo de Cáncer

Definición

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio y leucemia.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

Se excluyen:

- **Los tumores benignos.**
- **Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.**
- **El carcinoma “in situ” (que se entiende como la substitución del epitelio normal por células anormales que muestran cambios en la estructura interna sin rebasar más allá de la membrana basal, en cualquier parte del cuerpo).**
- **Los cánceres de piel de tipo basocelular y espinocelular.**
- **Cáncer preexistente a la contratación de este seguro.**
- **Sarcoma de kaposi.**
- **Una infección oportunista y/o carcinoma maligno, si al momento de una crisis, el Asegurado tenía Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana).**

2. Infarto Agudo al Miocardio

Definición

Padecimiento que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante 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 cuando menos uno de los siguientes puntos:

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

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

Se excluye:

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando el infarto al miocardio sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones; o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

- a) **infarto al miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- b) **los siguientes padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:**
 - i. **Diabetes mellitus tipos 1, 2 e ideopática.**
 - ii. **Hipertensión arterial.**
 - iii. **Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (imc) mayor a 30 unidades. Las unidades en que están dados los índices de masa corporal, se obtienen mediante la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para considerar a alguien obeso mórbido es que el índice de masa corporal sea de 30 o más unidades kg/e2.**

- **No se cubren los ataques isquémicos transitorios.**

3. Apoplejía

Definición

Cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia de un vaso intracraneal
- Embolia de fuente extracraneal

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas). Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

Se excluyen:

- **Ataques isquémicos transitorios.**

4. Insuficiencia Renal Crónica

Definición

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, de una Insuficiencia Renal Crónica.

Se excluye:

No está asegurada la insuficiencia renal crónica en Asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha enfermedad; sin embargo, si el Asegurado demuestra haber estado continuamente asegurado con un seguro de enfermedades graves durante al menos cinco (5) años en ésta o cualquier otra compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

5. Cirugía Coronaria

Definición

Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (bypass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Riesgo Cubierto

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

Se excluye:

- **Trombólisis mediante cateterismo coronario.**

6. Esclerosis Múltiple

Definición

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

Riesgo Cubierto

Diagnóstico definitivo e inequívoco de neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de Esclerosis Múltiple caracterizada, al menos, por persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones; aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada en una silla de ruedas.

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

7. Parálisis de Extremidades

Definición

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Riesgo Cubierto

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

Se excluye:

- 1. Parálisis ocasionada por apoplejía.**
- 2. Parálisis ocasionada por esclerosis múltiple.**

8. Trasplante de Órganos Vitales

Definición

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto

Estará cubierto el Trasplante de Órganos Vitales que le ocurra al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza.

Para efectos de esta cobertura estará cubierto el Trasplante de los Órganos Vitales que se indican a continuación:

- Corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea.

Se excluye:

- **Cualquier gasto incurrido por el donante.**
- **Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del corazón.**

Periodo de Espera para la Cobertura de Enfermedades Graves

Para cada Asegurado amparado por esta cobertura existirá un Periodo de Espera de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro o desde la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda.

En caso de que al Asegurado le sea diagnosticada alguna de las Enfermedades Graves descritas en la Póliza dentro del mencionado Periodo de Espera, se considerará excluida de cobertura dicha Enfermedad Grave, no teniendo la Compañía obligación de pagar los beneficios de la Póliza.

No se exigirá Periodo de Espera en las renovaciones del plazo de vigencia de la Póliza, en tanto se den en forma continua, sin interrupción alguna.

Limitación de Cobertura

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, 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 extinción inmediata de la cobertura.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los Beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

Cláusula 4ª. Coberturas Opcionales

El Asegurado, por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, teniendo estas un costo adicional:

1. Muerte Accidental

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza y el Certificado Individual correspondiente se encuentren en vigor al momento de ocurrir el Accidente.

De la Suma Asegurada anterior se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta Póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo Accidente que provocó la muerte del Asegurado.

2. Muerte Accidental Colectiva

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a la cobertura de "Muerte Accidental", si ocurre que el Accidente que provoque la muerte del Asegurado es de naturaleza colectiva, entendiéndose como tal:

- a) Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público aéreo, terrestre o marítimo y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado o documento expedido por la empresa transportadora que avale el viaje, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular, o:

- b) Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- c) Aquel Accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrara el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

3. Pérdidas Orgánicas

Con Escalas de Indemnización A o B

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla y que se indica a continuación:

Tablas de Indemnización

Escala A

Pérdida Orgánica Escala de indemnizaciones A	% de la Suma Asegurada Contratada para esta Cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Escala B

Pérdida Orgánica Escala de indemnizaciones B	% de la Suma Asegurada Contratada para esta Cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- **Por pérdida de la mano:** la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- **Por pérdida del pie:** la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- **Por pérdida de los dedos:** la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Responsabilidad Máxima en Cobertura por Pérdidas Orgánicas

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufra, en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado.

Cláusula 5ª. Exclusiones

Para las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

1. Accidentes que se originen por participar en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - c) Riña provocada por el Asegurado.

2. Esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el Asegurado de forma activa.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - e) La práctica profesional de cualquier deporte.
3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. Cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea consecuencia de accidentes ocurridos por estar el Asegurado en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
5. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
6. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
7. Muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
8. Padecimientos preexistentes.

En el caso de la cobertura de muerte accidental colectiva, la Aseguradora no hará ningún pago por esta cobertura, si el accidente que provoque el fallecimiento del Asegurado ocurre en un taxi o en

cualquier otro vehículo de transporte de pasajeros, si éste no tiene ruta e itinerario fijo establecido.

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente:

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la invalidez sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

1. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - c) Riña provocada por el Asegurado.
2. Esta Póliza no ampara invalidez derivada de accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - e) La práctica profesional de cualquier deporte.
3. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a

- consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 9. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
 10. Culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
 11. Cuando el estado de invalidez haya sido originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.

Exclusiones Generales para la Cobertura de Enfermedades Graves

Esta Póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

1. Enfermedades preexistentes o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la Póliza.
2. Enfermedades congénitas.
3. 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.
4. Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.
5. Enfermedad grave originada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico.

6. Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Enfermedades Graves que se Originen por la Participación Directa del Asegurado en:

1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
3. Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.
4. 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.
5. La práctica profesional de cualquier deporte.
6. 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.
7. 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.
8. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.

Exclusiones Generales del Seguro Esta Póliza no ampara:

- a) Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.
- b) Los créditos que no deban cubrirse en pagos periódicos.
- c) Los créditos en los que la periodicidad de pago sea mayor a un año.

Cláusula 6ª. Suicidio

La Aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de los doce (12) meses de la fecha de alta del Certificado Individual. Si el suicidio ocurre antes de los doce (12) meses, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Cláusula 7ª. Edad del Asegurado

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de la cobertura de Fallecimiento, serán como mínimo dieciocho (18) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, Los límites de edad del Asegurado serán como mínimo dieciocho (18) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de ochenta y un (81) años.

Para la cobertura de Enfermedades Graves, Los límites de edad del Asegurado serán como mínimo dieciocho (18) años y sesenta y cinco (65) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años.

Para las coberturas opcionales de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas, los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo dieciocho (18) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 8ª. Designación de Beneficiarios

Para efectos de este contrato, en el caso de ocurrir el fallecimiento o la invalidez o la enfermedad grave al Asegurado, el Beneficiario será el Contratante del seguro, quien ha otorgado un crédito a éste. En el caso de estar contratada alguna de las coberturas opcionales, el Beneficiario será el designado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Asegurado podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un Beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la Aseguradora o al Contratante, en su caso, para su registro correspondiente.

La Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

Cláusula 9ª. Administración de la Póliza

Registro de Asegurados: La Aseguradora formará un registro de Asegurados, el cual contará con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo.
- II. Suma asegurada o regla para determinarla.
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo.
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate.
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

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

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

Altas: El seguro iniciará desde el momento que el acreditado y sus deudores solidarios concreten la operación que los hacen elegibles para el seguro en los términos contratados.

En caso de que el alta no se concrete dentro de los treinta días después de ser elegibles, su aceptación queda condicionada a la presentación de las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora requiera.

Presentadas las pruebas requeridas, la Aseguradora, en un plazo que no excederá de treinta días comunicará su aceptación o rechazo; en caso de no hacerlo, se entenderá que el alta ha sido aceptada.

Certificado individual: La Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, en su caso, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: Se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cláusula 10ª. Procedimiento en Caso de Siniestro

1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización de esta Póliza deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a que el Asegurado o Beneficiario, en su caso, hubieren tenido conocimiento de 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.

2. Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas. 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, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

3. Documentos para el Pago de Indemnización

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

Las pruebas que el reclamante deberá presentar para la reclamación del siniestro son las siguientes:

Para la Cobertura de Fallecimiento

1. Formato de reclamación.
2. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.
3. Acta de defunción del Asegurado en original o copia certificada.
4. Copia Fotostática de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios.
5. Consentimiento/Certificado, en caso de contar con él.
6. En caso de no existir designación de Beneficiarios, presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea.

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Dictamen de Invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
3. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado.
5. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
6. Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.

Para la Cobertura de Enfermedades Graves

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la identificación oficial del Asegurado que contengan foto y firma (INE, Pasaporte o Cédula Profesional).
3. Original del Informe Médico y/o Historia Clínica, pruebas radiológicas, histológicas y/o de laboratorio que sustenten la solicitud de pago.
4. Copia de los resultados de los estudios realizados (Electrocardiograma, Rx, Enzimas cardíacas).
5. Copia de la factura del hospital o Constancia de Hospitalización.

Para la Cobertura de Muerte Accidental

1. Formato de reclamación.
2. Carta reclamación.
3. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, en caso de contar con ella y del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Acta de defunción del Asegurado.
5. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
6. Acta de matrimonio (solo si el Beneficiario es el cónyuge).

Para la Cobertura de Muerte Accidental Colectiva

1. Formato de reclamación.
2. Carta reclamación.
3. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, en caso de contar con ella y del Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Acta de defunción del Asegurado.
5. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
6. Acta de matrimonio (solo si el Beneficiario es el cónyuge).

Para la Cobertura de Pérdidas Orgánicas

1. Formato de reclamación.
2. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
3. Carta Reclamación (Relato de hechos indicando fecha de ocurrido y mecanismo de la lesión).
4. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.
5. Documento que compruebe la Pérdida Orgánica.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a: Edificio Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono **800 006 3342**.

4. Formas de Indemnización

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a esta Póliza en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

5. Deducciones

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

Cláusula 11ª. Cancelación

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

- a) En la fecha en que el crédito otorgado al Asegurado sea pagado íntegramente.
- b) Por el traspaso del adeudo.
- c) Porque el Asegurado haya incurrido en mora en el pago de su crédito adeudado por más de seis meses. Si el Asegurado reanuda sus pagos del crédito adeudado, el Contratante, con el consentimiento del citado Asegurado, podrá rehabilitar el seguro si proporciona a su costa, pruebas de asegurabilidad para la Aseguradora.
- d) En la fecha de vencimiento de la cobertura de la presente Póliza.
- e) En la fecha programada para el vencimiento del Crédito adeudado por el Asegurado.
- f) A la ocurrencia del riesgo amparado por la cobertura básica contratada.
- g) Por solicitud escrita del Contratante.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada de su Póliza, la Compañía devolverá la prima neta pagada 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 Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

Cláusula 12ª. Seguros de Deudores (Disposición 4.5.10 de la Circular Unica de Seguros y Fianzas)

- I. El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Aseguradora pague al Beneficiario del seguro, el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios.
- II. La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al Beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, y
- III. El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Aseguradora, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en la fracción II precedente.

Sección Segunda Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento autorizada vigente en el momento de inicio del periodo de la cobertura, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) 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 Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente, mediante efectivo, cheque, transferencia bancaria, o bien, mediante descuentos por nómina o cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 2ª. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

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

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

La Aseguradora responderá por todos los siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula o certificado de esta Póliza.

Cláusula 4ª. Renovación Automática

Este contrato tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración y, de existir el mismo plan, en los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, considerando incrementos en las primas de acuerdo a las edades alcanzadas al momento de la renovación.

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

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

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

Cláusula 5ª. Selección de Riesgo

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo, en caso de haberlas, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

Cláusula 6ª. 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 de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Cláusula 7ª. Comunicaciones y 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 que conozca la Aseguradora.

Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

Cláusula 8ª. Moneda

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

Cláusula 9ª. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

- 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 sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio 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 Compañía.

Cláusula 10ª. 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 indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta (30) días señalado en el artículo 71 antes citado.

Cláusula 11ª. Modificaciones al Contrato

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

Cláusula 12ª. Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (**Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**). “En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. (**Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de diciembre de 2020 con el número RESP-S0039-0007-2020 / CONDUSEF-003794-05.

Cláusula 13ª. 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 14ª. 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 15ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Unica de Seguros de Fianzas)

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía está obligada, en los contratos de adhesión que celebren bajo la comercialización a través de Medios Electrónicos, o de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y 103, fracciones I y II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, a hacer del conocimiento del Contratante o Asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

- a) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:
 - Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Asegurado.
 - De manera personal al momento de contratar el seguro.

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

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

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

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de

Fianzas y podrá ser consultada, adicionalmente, a través de la siguiente página de Internet: **chubb.com/mx**.

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

Cláusula 16ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro

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

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

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

Cláusula 17ª. 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 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.

Artículo 197.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del

interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación.
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público.
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras.
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada.

Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior.
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución.

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la ley de instituciones de seguros y de fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la comisión nacional de seguros y fianzas, a partir del día 22 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0039-0205-2019 / CONDUSEF-003794-05.

Cuestionario Sobre la Salud del Asegurado

Nota: Este cuestionario solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

Datos Generales del Asegurado

Nombre Completo _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento _____

Estatura:	Mts.	Peso:	Kg	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
-----------	------	-------	----	------	----------------------------	----------------------------

Cuestionario Sobre la Salud del Asegurado

Contestar marcando la opción “Sí” o “No”, según corresponda. En caso de contestar “Sí” a una o más preguntas, deberá ampliar la respuesta en el espacio que se encuentra al final del cuestionario identificando la respuesta con el número de la pregunta, explicando ampliamente la razón de su respuesta, incluyendo las fechas que correspondan.

1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad, afección, lesión o está bajo algún tratamiento médico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Padece o ha padecido de alguna afección cardíaca? (Infartos cardíacos, angina de pecho, arritmias cardíacas, insuficiencia coronaria, etc)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido variaciones en la presión arterial? (Padece Hipertensión/ Hipotensión)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene o ha tenido cáncer o tumores de cualquier tipo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Padece o ha padecido enfermedades del hígado, de los riñones vesícula biliar o páncreas? (Dispepsia, hepatitis B, C, cirrosis hepática, insuficiencia renal, etc.)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Padece o ha padecido Diabetes Mellitus?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la Sangre o de tipo Autoinmunes? (Leucemia, Purpura trombocitopénica, VIH, sida, lupus, etc.)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sufrido alguna enfermedad, afección o lesión distinta de las arriba señaladas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de las preguntas, explique ampliamente identificando la respuesta con el número de la pregunta: (indique el nombre de la institución de salud y del médico tratante y sus datos de contacto)

Lo invitamos a leer detenidamente las condiciones generales de su Póliza, en donde podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de la misma.

Firma del Solicitante

**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

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.

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 22 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0039-0205-2019 / CONDUSEF-003794-05.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

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

Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0039-0205-2019 / CONDUSEF-CONDUSEF-003794-05.

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

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. 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 Beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:

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

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al Beneficiario el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Beneficiario sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de agosto de 2019, con el número CNSF-S0039-0205-2019 / CONDUSEF-003794-05.

Cláusula General Designación de Beneficiarios

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 16 de marzo de 2022, con el número CGEN-S0039-0047-2022 / CONDUSEF-003794-05.

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