

Seguro Protección de Ingresos BNMX

CHUBB®

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula Primera. Definiciones	4
Cláusula Segunda. Coberturas	8
Cláusula Tercera. Exclusiones	10
Cláusula Cuarta. Edad	11
Cláusula Quinta. Procedimiento en Caso de Siniestro	12
1. Aviso	12
2. Pruebas	12
3. Documentos para el Pago de Indemnización	13
4. Formas de Indemnización	14
5. Deducciones	14
Cláusula Sexta. Cancelación del Seguro	14
Cláusula Séptima. Límite Territorial y Residencia	15
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	15
Cláusula 1ª. Prima	15
Cláusula 2ª. Rehabilitación	16
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	16
Cláusula 4ª. Renovación Automática	16
Cláusula 5ª. Competencia	17
Cláusula 6ª. Comunicaciones y Notificaciones	17
Cláusula 7ª. Moneda	18
Cláusula 8ª. Prescripción	18

Cláusula 9ª. Indemnización por Mora	18
Cláusula 10ª. Modificaciones	18
Cláusula 11ª. Medios de Contratación	19
Cláusula 12ª. Agravación del Riesgo	21
Cláusula 13ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	23
Cláusula 14ª. Artículos Citados	23
Cláusula 15ª. Cláusula de Beneficios Chubb	31
Sección Tercera	
Descripción General de las Asistencias	32
1. Telemedicina	31
2. Consulta con Medico General a Domicilio	33
3. Asesoría Telefónica Legal Laboral	33
4. LinkedIn Premium	34
5. Exámenes Básicos en Laboratorios	34
6. Asesoría Nutricional Telefónica	35
7. Asistencia Telefónica por Desempleo	35
8. De la Solicitud de los Servicios de Asistencias	38
9. Exclusiones para los servicios de asistencia	36
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	38
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)	39
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Accidentes y Enfermedades	40
Aviso de Privacidad	41

Seguro Protección de Ingresos BNMX

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula Primera. Definiciones

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

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

Asegurado: Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato.

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

Contratante: Es aquella persona que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas. El Contratante se obliga a realizar el pago de la prima.

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

Culpa Grave: Imprudencia de una persona que, a pesar de conocer las posibles consecuencias de sus actos, decide actuar de manera irresponsable.

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

Desempleo Involuntario: Significa que el Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo su fuente de ingreso.

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. Este Endoso deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Enfermedad Cubierta: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa, de un tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad. La enfermedad mencionada deberá ser diagnosticada por un Médico con cédula profesional.

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

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

Hospital: Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el Diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable. Para efectos de esta sección no se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.

Indemnización: Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

Invalidez Total Temporal por Accidente: Se entenderá como tal la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado por causa de un Accidente que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes, siempre y cuando sea necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mayor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Ley: Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Médico: Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del Asegurado por consanguinidad o por afinidad.

Moneda: Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado o por parte de la Aseguradora, aun y cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda

Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

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

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación de este seguro.
- 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 este Contrato de Seguro.

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

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

1. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
 - b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
3. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.
4. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con enfermedades y/o padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a un arbitraje médico privado,

previo acuerdo entre ambas partes. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y a sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico especialista certificado por el Consejo de la especialidad médica correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes al momento de acudir solicitarlo. Las partes deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

El laudo emitido en el arbitraje vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía. Para todo lo no previsto respecto al procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

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

Periodo de Eliminación de Desempleo Involuntario: Se define como el periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con el desempleo, hasta agotar el beneficio estipulado en la Carátula de la Póliza.

Periodo de Eliminación de Invalidez: Se define como el periodo posterior inmediato a la Invalidez Total Temporal, durante el cual el Asegurado no estará amparado. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir la incapacidad al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con la misma, hasta agotar el beneficio máximo estipulado en la Carátula de la Póliza.

Periodo de Espera para la cobertura de Desempleo Involuntario e Invalidez Total Temporal por Accidente: Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual será estipulado en la Carátula de la Póliza; este periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro.

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

Periodo Máximo de Beneficio: Significa el número máximo de días que la Aseguradora indemnizará al Asegurado en razón de las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o por Enfermedad. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Póliza: Es el testimonio del contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, el cual se integra por la Póliza, Condiciones Generales y sus endosos.

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.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por este Contrato de Seguro, en cada cobertura se señala la Suma Asegurada amparada.

Cláusula Segunda. Coberturas

Las coberturas de Desempleo Involuntario y Desempleo por Invalidez Total y Temporal por Accidente están orientadas a dos grupos poblacionales diferentes, y por tanto son excluyentes una de otra, por lo que el Asegurado solamente podrá contratar una de ellas.

1. Desempleo Involuntario

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza:

1. Estén empleados de tiempo completo, de acuerdo con la jornada laboral de trabajo, que establece la Ley Federal del Trabajo.
2. Trabajen para un patrón que se encuentre inscrito ante el Registro Federal de Contribuyentes.
3. Tener celebrado un contrato individual de trabajo por tiempo indeterminado, con un patrón, en el cual se obliga a prestar un trabajo personal subordinado, mediante el pago de un salario. Para efectos de ser elegibles para esta cobertura, deberán tener una antigüedad mínima de seis (6) meses en ese empleo.

Riesgo Cubierto

Si una vez transcurrido el Periodo de Espera el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria, durante la vigencia de esta Póliza, la Compañía pagará hasta la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura. Dicha Suma Asegurada se pagará de manera mensual por cada mes que el Asegurado permanezca desempleado y hasta por la Suma Asegurada Máxima especificada en la Carátula de la Póliza, la cual no excederá lo estipulado en la misma. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

En adición a lo mencionado anteriormente el pago se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca desempleado transcurrido el Periodo de Eliminación especificado en la Carátula de la Póliza.

2. Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente.

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de Invalidez Total y Temporal por Accidente las personas que al momento de la contratación de la Póliza sean trabajadores independientes, es decir, profesionistas o comerciantes que laboren en forma independiente (autoempleados) y que se encuentran ejerciendo dicha actividad económica.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir ingresos por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente, la Aseguradora le cubrirá los pagos de manera mensual por cada mes que el Asegurado permanezca en esta situación, hasta la Suma Asegurada Máxima especificada en la Carátula de la Póliza. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir ingresos por su trabajo personal, por una Invalidez Total Temporal por Accidente.

En adición a lo mencionado anteriormente el pago se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca en situación de desempleo por invalidez total temporal por accidente transcurrido el Periodo de Eliminación especificado en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado que desarrolle simultáneamente actividades de empleado de tiempo completo bajo un contrato por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionalista que labore en forma independiente, quedará amparado solo bajo la modalidad de desempleo involuntario.

3. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de un Accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado es hospitalizado, la Compañía le pagará una (1) renta diaria por cada uno de los días que haya permanecido hospitalizado, hasta el periodo máximo de beneficio y hasta el monto de la suma asegurada contratada para esta cobertura, de conformidad con lo establecido en la Carátula de Póliza.

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

- (i) Sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida;
- (ii) Cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y
- (iii) Se realice en un Hospital.

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

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

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente o Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de no exceder el Periodo Máximo de Beneficio.

4. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de una Enfermedad cubierta ocurrida durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado es hospitalizado, la Compañía le pagará una (1) renta diaria por cada uno de los días que haya permanecido hospitalizado, hasta el periodo máximo de beneficio y hasta el monto de la suma asegurada contratada para esta cobertura, de conformidad con lo establecido en la Carátula de Póliza.

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

- (i) Sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida;
- (ii) Cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y
- (iii) Se realice en un Hospital.

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

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

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente o Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de no exceder el Periodo Máximo de Beneficio.

Cláusula Tercera. Exclusiones

Para la cobertura de Desempleo Involuntario

Este seguro no ampara el desempleo que derive de lo siguiente:

- a) **Fallecimiento del Asegurado**
- b) **Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**
- c) **Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.**
- d) **Incidente nuclear.**
- e) **No se considera Desempleo Involuntario, la Suspensión de la relación laboral del Asegurado (lo que ésta dure), originadas por paros, disputas laborales o huelgas.**
- f) **Programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.**
- g) **Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.**
- h) **La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones de la Ley Federal del Trabajo.**

Para la Cobertura Invalidez Total Temporal por Accidente

Este seguro no ampara la Invalidez que derive de lo siguiente:

1. **Fallecimiento del Asegurado**
2. **Accidentes por participar en:**
 - 2.1 **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - 2.2 **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
3. **Esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participar el Asegurado en actividades como:**
 - 3.1 **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
 - 3.2 **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.**
 - 3.3 **Conductor o pasajero de motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.**
 - 3.4 **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica profesional de cualquier deporte.**
4. **Intento de suicidio, mutilación voluntaria, o lesiones autoinfligidas por parte del Asegurado, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
5. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, cualquiera que sea su grado (excepto si fueron prescritos por un médico).**

6. Se excluye a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con registro federal de contribuyentes.
7. Cualquier afección o padecimiento que no derive de un Accidente.

Para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad

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

Cláusula Cuarta. Edad

La edad de aceptación para la contratación del presente seguro será de mínimo dieciocho (18) años y la máxima será de 70 años. La edad máxima de renovación será a los 80 años.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro o en su caso en cada inicio de renovación.

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del contrato de seguro o con posterioridad.

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

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

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

1. Aviso

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

2. Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro reportado.

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

Para la cobertura de Desempleo involuntario:

1. **Formato de Reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Aseguradora.**
2. **Copia de la Carátula de la Póliza**, en caso de contar con esta.
3. **Contrato Individual de Trabajo**, este documento corresponde al contrato celebrado entre el Asegurado y el último empleador.
4. **Carta Patronal**, proporcionado por su empleador, donde indique el motivo del desempleo, fecha de ingreso y egreso, tipo de contrato.
5. **Finiquito y/o Liquidación** donde debe de aparecer el desglose del pago de la indemnización recibida.
6. **Resolución definitiva (laudo)**, en el cual se declare el despido injustificado o **Convenio Ante la Junta de Conciliación y Arbitraje**, en el cual aparezca el desglose de lo indemnizado.
7. **Copia de los 4 últimos Recibos de Nómina**, proporcionado por su empleador.
8. **Copia de la Baja Actualizada del IMSS.**
9. **Reporte de Semanas Cotizadas**, en caso de no estar afiliado al IMSS enviar **Carta de Inscripción a la Institución de Salud a la cual estaba inscrito.**
10. **Copia de la Identificación Oficial**, Credencial Electoral del INE, Pasaporte (vigente), Cédula Profesional.
11. **Copia de comprobante de domicilio del Asegurado** con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
12. **Copia del estado de cuenta** con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.

Los documentos referidos en los numerales 4, 5, y 6 deberán ser presentados a la Aseguradora. La presentación de al menos dos de estos documentos es requisito indispensable para justificar y/o validar la condición de Desempleo Involuntario.

Para la cobertura de Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente:

1. **Formato de Reclamación debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Aseguradora.**
2. **Informe Médico que indique el padecimiento**, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
3. **Documento emitido por el Hospital**, en el que se indique la fecha y hora de hospitalización del Asegurado, así como la fecha y hora de egreso.
4. **Interpretación Médica de los Estudios Realizados**, documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde indican el diagnóstico.
5. **Comprobante de Ingresos**, declaración anual fiscal del último ejercicio declarado y las tres últimas declaraciones mensuales.
6. **Copia de su Identificación Oficial**, credencial electoral INE, Pasaporte (vigente) Cédula Profesional.
7. **Copia certificada de la carpeta de investigación completa.**
8. **Copia de comprobante de domicilio del Asegurado** con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
9. **Copia del estado de cuenta** con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Asegurado.

Para las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente e Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad:

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

1. **Formato de Reclamación** debidamente llenado y firmado (Original), el cual será proporcionado por la Compañía.
2. **Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado.** (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
3. **Copia de comprobante de domicilio del Asegurado** con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
4. **Copia del estado de cuenta** con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del beneficiario.
5. **Informe médico** que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
6. **Expediente e Historial Clínico.**
7. **Documento emitido por el Hospital**, en el que se indique la fecha y hora de hospitalización del Asegurado, así como la fecha y hora de egreso.
8. **Copia certificada de la carpeta de investigación del Ministerio Público completa**, en caso de accidente.

La 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. Solo en aquellos casos en que no sea posible determinar las circunstancias del siniestro y las consecuencias del mismo, la Compañía podrá solicitar documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con 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 **800 900 2880**

4. Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro de manera mensual, efectuándose el primer pago 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 Sexta. Cancelación del Seguro

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

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la Carátula de la Póliza.
- b) Por el fallecimiento del Asegurado.

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

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 y/o Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

Cláusula Séptima. Límite Territorial y Residencia

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir el siniestro que ocurra dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

Sección Segunda Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

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

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

El Asegurado gozará de un periodo de gracia de 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 dentro del periodo de gracia, la Aseguradora deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

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

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, 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 esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos, una vez transcurrido el periodo de gracia.

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 Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula o dentro de los treinta (30) días siguientes al día de pago de la parcialidad que corresponda, según sea el caso, 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 Asegurado 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 y/o Especificación de la 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.

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

En este caso, la Compañía se obliga a:

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

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. 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. Teléfono: 800 006 3342
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a jueves de 8:30 a 17:00
horas y viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Cláusula 6ª. 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 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 Compañía y para cualquier otro efecto legal.

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

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

Cláusula 7ª. Moneda

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

Cláusula 8ª. Prescripción

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

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Cláusula 9ª. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporte plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Asegurado, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Cláusula 10ª. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito y estar previamente registradas ante

la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cláusula 11ª. Uso de Medios Electrónicos

Uso de Medios Electrónicos para la Contratación del Seguro

El presente seguro, podrá ser contratado 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, conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Uso de Medios Electrónicos

Operaciones y Servicios

Algunas de las Operaciones que el Contratante y/o Asegurado, en su caso, podrán realizar a través de estos Medios Electrónicos son:

- I. Contratación o cancelación del contrato de seguro.
- II. Solicitud, y en su caso aceptación y emisión de endosos al Contrato de Seguro.
- III. Consultas de estados de cuenta u otras consultas que le permitan a éste conocer información relacionada con el contrato de seguro.
- IV. Modificación de designación de beneficiarios (en caso de que los prevea el contrato de seguro).
- V. Alta y modificación del medio de comunicación seleccionado.
- VI. Contratación de otro Servicio.
- VII. Desbloqueo de Contraseña, así como para la reactivación del uso de los servicios por medios electrónicos.
- VIII. Modificación de la Contraseña del Contratante y/o Asegurado.
- IX. Solicitud de pago de rescate o aplicación de valores garantizados (en caso de que lo prevea el contrato de seguro).

Límites de Responsabilidad en Medios Electrónicos

La utilización por parte del Contratante y/o Asegurado de los Medios Electrónicos, así como del Identificador de Usuario y de la Contraseña asignados, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de estos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Asegurado llegare a hacer uso de los Medios Electrónicos, su utilización será responsabilidad exclusiva del Asegurado, para todos los efectos legales a que haya lugar, quien reconoce y acepta a partir del momento de su utilización como suyas todas las transacciones hechas por dichos Medios Electrónicos.

El Asegurado autoriza a la Compañía en este acto a grabar las conversaciones telefónicas que la Compañía mantenga con el Asegurado. La Compañía tendrá la obligación de informar que dichas conversaciones están siendo grabadas. El Asegurado acepta que el contenido de tales grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

La Compañía no será responsable de que no se puedan efectuar Operaciones Electrónicas debido a, o por causa de, caso fortuito y/o fuerza mayor, desperfectos, caída de sistemas, mal funcionamiento o suspensión de los Medios de Comunicación (incluyendo los Medios Electrónicos) o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no pueda efectuar sus operaciones por los motivos aquí señalados, la Compañía hará su mejor esfuerzo para mantener la continuidad en el servicio en el entendido de que no garantizará dicha continuidad al Contratante y/o Asegurado.

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad u obligación de ningún tipo por cualquier pérdida o pasivo sufrido por el Contratante y/o Asegurado debido a la utilización por parte de éste de cualquier equipo, software o documentación que no sea producida o proporcionada por la Compañía en relación con el uso de los servicios en Medios Electrónicos.

Obligaciones del Contratante y/o Asegurado

- I. Mantener su Contraseña como confidencial y no proporcionarlo a terceros o a personal a cargo de Chubb, toda vez que el uso de dicha Contraseña es responsabilidad directa del Contratante y/o Asegurado.
- II. Que en caso de tenga conocimiento o sospeche de cualquier violación a la seguridad, tal como el robo o el uso no autorizado de su Contraseña, deberá notificar inmediatamente a Chubb y realizar la modificación de la Contraseña.
- III. Que en caso de que bloquee la Contraseña al tratar de ingresarlo erróneamente, por olvido o por cualquier otra causa, notificar tal circunstancia a Chubb para que éste le envíe la nueva Contraseña, debiendo modificarlo inmediatamente al iniciar la Sesión.
- IV. Asumir todos los riesgos inherentes al uso de los Medios Electrónicos por la realización de Operaciones Electrónicas, en el Portal, Aplicativo y/o a cualquier Medio Electrónico de Chubb, según sea el caso, así como aquellas consecuencias que deriven de un mal uso del Portal.
- V. Asumir cualquier responsabilidad por la celebración de los Servicios en el Portal Aplicativo y/o a cualquier Medio Electrónico de Chubb, según sea el caso, aun y cuando hayan sido celebrados por error del Contratante y/o Asegurado, toda vez que el uso de los medios de identificación que se establecen en esta cláusula, en sustitución de la firma autógrafa, producen los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y en consecuencia, tienen el mismo valor legal.

Obligaciones de Chubb

- I. Mantener sus estándares de seguridad del Portal, Aplicativo y/o a cualquier Medio Electrónico de Chubb, según sea el caso y guardar la confidencialidad y privacidad de la información que se gestione en el Portal.
- II. Ocupar la información de acuerdo con las finalidades descritas en su aviso de privacidad.
- III. Proporcionar al Contratante y/o Asegurado la Contraseña.
- IV. Atender las solicitudes de Servicios que cumplan con los requerimientos mínimos y que el Contratante y/o Asegurado realice por medio del portal en los plazos previstos para cada caso.
- V. Notificar al Contratante y/o Asegurado en los términos definidos cada vez que se realice de forma exitosa un Servicio.
- VI. Comunicar por cualquier medio que tenga disponible Chubb, cualquier suspensión temporal o definitiva del Portal sin necesidad de otorgar alguna explicativa.
- VII. Reestablecer la Contraseña del Contratante y/o Asegurado, en caso de que éste le haya notificado que ha sido bloqueado.
- VIII. Brindar atención de cualquier falla o duda que tenga el Contratante y/o Asegurado respecto del Portal, Aplicativo y/o a cualquier Medio Electrónico de Chubb, según sea el caso.
- IX. Desarrollar políticas relacionadas con el uso y almacenamiento de información que se transmita y reciba por los Medios Electrónicos, estando Chubb obligado a verificar el cumplimiento de sus políticas por parte de sus proveedores y afiliados.

Mecanismos y Procedimientos de Identificación y Autenticación

Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el Asegurado corrobore que ha proporcionado a la Aseguradora la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios (en caso de haberlos) y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva.

En caso de no reconocer alguna de las operaciones electrónicas notificadas deberá comunicarse al teléfono: 800 900 2880.

Cuando por negligencia, culpa, dolo o mala fe del Contratante y/o Asegurado se induzca al error a la Compañía, causando con ello un daño o perjuicio a la Compañía y/o al propio Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios, la Compañía quedará liberada de cualquier responsabilidad inherente al uso de los Medios Electrónicos, Contraseña e Identificador de Usuario, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que pudieren proceder en contra del responsable.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a) Teléfono.
- b) Correo.
- c) Internet.
- d) Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

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

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora.

El Asegurado reconoce y acepta en este acto que la información que reciba de la Compañía, a través de correo electrónico, así como el contenido de dichos correos electrónicos producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio.

Para efectos de notificaciones, confirmaciones y demás asuntos relacionados con los términos y condiciones, Chubb señala como domicilio el ubicado Paseo de la Reforma 250, torre Niza, piso 7, colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, México, y por parte del Contratante y/o Asegurado los que para tal efecto ha informado, proporcionado a través del Portal, o los últimos conocidos al amparo de los Seguros que tenga contratados, pudiendo ser por correo electrónico y/o por Mensaje de Texto SMS al Dispositivo Móvil que haya indicado el Contratante y/o Asegurado. Chubb se reserva el derecho de realizar modificaciones o actualizar los presentes términos y condiciones.

Cualquier cambio será informado a través del Portal de Chubb, invitando al Contratante y/o Asegurado a consultar los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos a los que se encuentra sujeto el Contrato los cuales se encuentran publicados en la página: chubb.com/mx

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 de Seguro.

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula 13ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Cláusula 14ª. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha Alcaldía; 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 de 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.

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

Cláusula 15ª. Cláusula de Beneficios Chubb

La Compañía, en sus campañas de venta, fidelización y/o retención de sus contratos de seguros, podrá ofrecer a sus potenciales clientes, Asegurado(s) y/o Contratante(s), alguno(s) de los siguientes beneficios o incentivos:

- Asistir a experiencias (tales como: tomar cursos y talleres, pláticas y convivencias con figuras públicas).
- Boletos a eventos (tales como: cine, teatros, conciertos, eventos públicos en general).
- Beneficios en renta de vehículos.

- Recibir regalos en especie (tales como: artículos promocionales, códigos promocionales para aplicaciones de transporte y alimentos, cuponerías, monederos electrónicos, gadgets, artículos de salud y belleza, viajes que incluyan el costo del transporte, hospedaje y/o alimentación, boletos de avión).
- Acceso a plataformas digitales con contenido de interés y de bienestar.
- Participar en programas de lealtad (tales como: programas y puntos de recompensa).
- Participar en rifas o concursos.

La Compañía dará a conocer mediante los materiales y/o los medios de comunicación que utiliza: a) los beneficios o incentivos que en cada caso otorgará, b) los canales de venta a los cuales aplicará, c) si va dirigido a una campaña de venta, fidelización o retención, si pueden ser acumulables, d) a quien estará dirigido y el producto que aplique, y e) la temporalidad del beneficio o campaña.

Los beneficios y/o incentivos descritos en la presente cláusula no tendrán costo adicional para los Clientes y los mismos **serán intransferibles**.

La disponibilidad de los beneficios y/o incentivos y su otorgamiento quedan sujetos a potestad o disponibilidad de la Compañía, **en ningún caso constituirán un derecho adquirido para los potenciales clientes, Asegurado(s) y/o Contratante(s)**.

La presente cláusula no afecta los términos y condiciones del Contrato de Seguro.

Descripción General de las Asistencias

Las asistencias descritas en el presente documento son responsabilidad de Chubb Seguros México, S.A. ("La Compañía") y se brindarán a través de un prestador tercero "el prestador". Para solicitar un servicio de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse al siguiente número telefónico **800 900 2880**.

Sección Tercera

Descripción General de las Asistencias

1. Telemedicina

En caso de urgencia médica el Asegurado podrá tener contacto inmediato a través de video conferencia o vía telefónica con médicos generales, quienes ayudarán a tomar las medidas necesarias para estabilizar al Asegurado y ayudarlo con su malestar, interpretación de exámenes de laboratorio. Así mismo, se podrá proporcionar información relacionada con medicamentos, efectos secundarios, prescripciones, interpretación de exámenes de laboratorio, orientación en planificación familiar, educación sexual, vacunaciones, prevención en la automedicación, tabaquismo, alcoholismo, fármaco dependencia y primeros auxilios. Se elaborará el expediente clínico del Asegurado en cada caso.

Los requerimientos mínimos que el Asegurado necesita a fin de poder brindarle el servicio son contar con una cámara frontal y conexión de datos (preferentemente WiFi), por medio de WhatsApp o zoom. En caso de asesoría virtual podrá agendarse con un tiempo máximo de respuesta de 15 minutos. El personal que atiende esta asistencia son únicamente médicos titulados con cédula profesional, con experiencia en atención médica de primer contacto, normas éticas en medicina y con experiencia en identificación de situaciones que requieren otro nivel de atención. El Asegurado deberá de comunicarse a la línea de atención y en caso de requerir telemedicina, se le hará llegar a su mail una liga o el número telefónico en caso de consulta por WhatsApp con los datos para la videoconferencia. Este servicio no incluye

ningún tipo de gasto generado. La llamada o video conferencia tendrá una duración máxima de treinta minutos, en caso de que la llamada o video conferencia se interrumpa, por cualquier causa ajena, el Asegurado podrá comunicarse nuevamente con el prestador del servicio. En caso de que el Asegurado cuente con asistencia sin límite de eventos de acuerdo con lo indicado en este documento, entonces podrá volver a comunicarse para solicitar la asistencia nuevamente.

La Compañía y El Prestador no se hacen responsables de la prestación del servicio en los siguientes casos:

- **Cuando el Asegurado no cuente con conectividad adecuada y los medios electrónicos necesarios para descargar una video llamada: cámara frontal y conexión de datos (preferentemente WiFi), por medio de WhatsApp o la plataforma digital que ocupa el prestador. En casos de fuerza mayor o caso fortuito, la prestación del servicio puede verse afectada, en cuyo caso, el prestador hará su mayor esfuerzo por prestar el Servicio en las mejores condiciones posibles, el médico podrá prestar la atención vía remota desde el lugar en el que se encuentre, siempre y cuando los medios de comunicación no se vean afectados debido al caso fortuito o fuerza mayor.**
- **Queda estrictamente prohibido, tanto al profesional médico como al Asegurado, la reproducción total o parcial de la video llamada por cualquier medio, así como subirla a cualquier plataforma tecnológica, y redes sociales, toda la información será tratada como información confidencial.**

2. Consulta con Médico General a Domicilio

El Asegurado podrá solicitar una consulta médica con un médico general, previa programación, para que este acuda al domicilio del Asegurado en caso de emergencia o enfermedad grave del Asegurado. El prestador proporcionará este servicio con la red de proveedores de las principales ciudades de la República Mexicana. Se proporcionará al Asegurado los datos del médico más cercano al lugar donde se encuentre, para así concertar una cita. En los demás lugares donde sea de difícil acceso o no haya médicos cercanos parte de la red del prestador, este último hará lo posible por ayudar al Asegurado a contactar con un médico u hospital con la mayor rapidez posible. *El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con el prestador para hacerse válido.

El médico general realiza la auscultación general con fines de diagnóstico físico, esto sin realizar algún tipo de procedimiento que implique equipamiento quirúrgico como curación, inyección, sonda, cateterismo o suturar.

En caso de que el Asegurado presente síntomas de COVID-19, no se prestará el servicio y no existirá responsabilidad alguna tanto para la Compañía como para el prestador.

3. Asesoría Telefónica Legal Laboral

El Asegurado podrá tener contacto inmediato vía telefónica con abogados generales, independientes del prestador quienes lo orientarán respecto de la problemática legal en diversos temas relacionados con la rama del derecho laboral, así como con las Autoridades a las que puede acudir. La llamada tendrá una duración máxima de veinte minutos, transcurrido dicho término se cortará la comunicación sin responsabilidad para la Aseguradora y/o el prestador en caso de que la llamada se interrumpa, por cualquier causa ajena al Asegurado, éste podrá comunicarse nuevamente con el prestador del servicio. En caso de que el Asegurado cuente con asistencia sin límite de eventos, de acuerdo con lo estipulado en este documento, entonces podrá volver a comunicarse para solicitar la asistencia nuevamente.

El personal que atiende esta asistencia son únicamente abogados titulados con cédula profesional, con experiencia en su ramo.

4. LinkedIn Premium

En caso de que el Asegurado tenga acceso a esta asistencia y de así requerirlo, el prestador le ayudará a otorgarle una suscripción en la aplicación denominada "LinkedIn" en el paquete premium (o hasta por el costo del límite de la asistencia, en pesos mexicanos; o bien, 30 días naturales de servicio posteriores al periodo de prueba gratuito).

El servicio LinkedIn Premium ofrecido para el Asegurado incluye, únicamente de manera enunciativa los siguientes servicios (estos pueden sufrir cambios dependiendo de la oferta vigente que tenga disponible LinkedIn, en donde el prestador no tiene injerencia, para más información deberán consultarse los términos y condiciones de LinkedIn):

- Mensajes directos a los técnicos de selección.
- Candidato destacado.
- Cursos en vídeo en línea.
- Quién ha visto tu perfil.
- Información de candidato.

Los servicios son de referencia y estarán sujetos a cambios en las condiciones de este que realice LinkedIn; el prestador no es responsable en caso de que el servicio "Premium" de la mencionada aplicación, deje de contar con las características aquí comentadas. Esta asistencia tendrá que ser solicitada por el Asegurado a los medios de contacto proporcionados por el prestador.

5. Exámenes básicos en laboratorio (entiéndase por exámenes de Gabinete)

El Asegurado tendrá derecho a solicitar que el prestador le concerte una cita para realizarse un estudio de gabinete en alguno de los laboratorios de la red de laboratorios del prestador, esto siempre y cuando previamente haya sido recetado por un médico especialista con cédula profesional. La cita será para realizarse una química sanguínea de 24 elementos, examen general de orina y biometría hemática (entendiéndose que se brindarán los 3 en un solo evento).

Este servicio podrá ser solicitado telefónicamente, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Se realizará el envío de un documento al Asegurado para que pueda acudir al laboratorio, dicho documento cuenta con una vigencia de 15 días naturales a partir de la fecha de envío, en caso de que el Asegurado no se presente a realizarse los estudios o no cancele la cita, **el prestador NO EMITIRÁ un nuevo documento.**

La cancelación de la cita deberá realizarse cuando menos con 24 horas de anticipación al número telefónico en dónde se realizó la cita.

Así mismo, el Asegurado será el único responsable de acudir directamente ante el laboratorio para la entrega de los resultados, **el prestador en ningún momento tendrá acceso a la información del Asegurado** por tratarse de información confidencial sensible a la cual únicamente tendrá acceso el Asegurado.

- Sujeto a disponibilidad, horarios en laboratorio, así como los términos y condiciones de las sucursales y clínicas.

El prestador únicamente es responsable de la concertación de la cita con el laboratorio elegido por el Asegurado, por lo que cualquier queja o reclamación, el Asegurado deberá acudir directamente con el laboratorio del estudio respectivo a fin de hacer valer sus derechos o solución.

6. Asesoría Nutricional Telefónica

El prestador proporcionará asistencia telefónica a través de su grupo de nutriólogos profesionales y con cédula profesional, sobre una dieta balanceada de acuerdo con el perfil del Asegurado, asesoría para el mejoramiento de los hábitos alimenticios, información nutricional, control de obesidad y peso, ayuda al conteo de calorías, recetas nutritivas y prácticas saludables.

Con horario de atención de 9:00 am a 21:00 hrs de lunes a viernes. La llamada tendrá una duración máxima de treinta minutos, transcurrido dicho término se cortará la comunicación. Si el Asegurado cuenta con eventos ilimitados, de acuerdo con lo estipulado en este documento, podrá marcar nuevamente para seguir con la asesoría nutricional.

El especialista asignado no emitirá ningún diagnóstico, tratamiento ni consultas subsecuente para la atención de un padecimiento nuevo o preexistente. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio por el prestador para hacer válido el beneficio. **El servicio no cubre ningún gasto médico generado.**

El personal que atiende esta asistencia son únicamente nutriólogos titulados con cédula profesional, con experiencia en atención médica de primer contacto, normas éticas en medicina y con experiencia en identificación de situaciones que requieren otro nivel de atención.

7. Asistencia Telefónica por Desempleo

A solicitud del Asegurado se brindará orientación telefónica para búsqueda de empleo y temas relacionados como plataformas de búsqueda de empleo, armado de Curriculum Vitae, tips para entrevistas etc.

El servicio al que el Asegurado tiene derecho es de medio y no de resultado, ya que el servicio de orientación no garantiza su contratación en un nuevo empleo y estará sujeto a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.

Para acceder a la asistencia, el Asegurado deberá demostrar que cuenta con calidad de desempleo, por lo que deberá cumplir con alguna de las siguientes condiciones: Presentar documento con el que acredite que fue despedido, liquidación o finiquito (o documento con el que acredite que no es renuncia voluntaria) para que se le pueda otorgar la asistencia; y comprobar el estado de desempleo mes a mes durante la vigencia de esta asistencia en caso de que el prestador así se lo requiera, la comprobación podrá ser a través de la entrega de la constancia de semanas cotizadas (IMSS o ISSSTE), misma que el Asegurado deberá entregar, así como la información complementaria que se requiera para solicitar el servicio. *El horario de atención para esta asistencia es de 9am a 6pm de Lunes a Viernes.

En caso de no poder demostrarse la calidad de desempleo, el prestador se reserva el derecho de no brindar el servicio sin responsabilidad para este último.

8. De la solicitud de los servicios de asistencia

Todas las asistencias deberán seguir el siguiente proceso de solicitud y, en caso de no seguirse, no existirá responsabilidad para la Compañía ni para el prestador sobre la prestación del servicio:

- Todas las asistencias deben ser coordinadas y gestionadas por el prestador desde un inicio, caso contrario no podrán brindarse las mismas.
- Estas asistencias deberán solicitarse al medio de contacto indicado en este documento.
- En caso de que el Asegurado desee cancelar o reagendar el servicio, deberá hacerlo de acuerdo con los plazos indicados para cada asistencia. De no indicarse plazo, se entenderá que es con un mínimo de 8 (ocho) horas de antelación a la hora de la cita, al mismo número telefónico que se le haya proporcionado, a efecto de eliminar el

- evento o volver a agendarlo. **En caso contrario se tomará como evento debidamente prestado y concluido.**
- En caso de que algún servicio tenga o genere honorarios fuera de los que cubre la Carátula de la Póliza y/o lo indicado en este documento, el Asegurado previo a que se brinde el servicio, deberá autorizar dichos honorarios y/o gastos adicionales.

9. Exclusiones para los servicios de asistencia

Las presentes exclusiones son motivos por las cuales no se brindarán o limitan las asistencias y que se ponen a disposición del Asegurado; son de aplicación general para todas las asistencias descritas en el presente documento:

- **NO HAY REEMBOLSOS O REINTEGROS.**
- **El Asegurado debe conocer que: No tome la información de los servicios como consejos legales y/o jurídicos. Ninguna información suministrada por los servicios pretende ser un sustituto de la atención adecuada de los profesionales, incluyendo el estudio u opinión, revisiones de expedientes de posibles inicios de indagatorias penales y/o civiles, o administrativas. No deje de buscar un consejo profesional, ni desmienta algún consejo recibido anteriormente por información obtenida por medio de los servicios de asistencia. En caso de que el Asegurado utilice la información de algún servicio de asistencia, lo hace expresamente bajo su propio riesgo y responsabilidad.**
- **No se brindan las asistencias en casos de:**
 - **Eventos consecuentes de actos de guerra, secuestro, huelga o actos de terrorismo, servicio militar, manifestaciones, rebelión e insurrección u otra alteración grave del orden público.**
 - **Los causados por mala fe del Asegurado.**
 - **La asistencia y gastos por enfermedad o estado patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.**
 - **El Asegurado en estado de ebriedad (embriagado).**
 - **Consecuencia de fuerzas naturales, radiación nuclear y radioactividad, epidemias, cualquier otro fenómeno con carácter que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional o catástrofe.**
 - **Lesiones por participar en apuestas o peleas, siempre que éste haya sido el provocador.**
- **Todos los gastos que se generen a partir de una referencia a la red de servicios que excedan la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza y/o este documento serán cubiertos por el Asegurado.**
- **En casos de caso fortuito o fuerza mayor y en que la prestación del servicio puede verse afectada, el prestador hará su mayor esfuerzo por prestar el Servicio en las mejores condiciones posibles. Se considera como caso fortuito o fuerza mayor, todo evento inesperado, imprevisto, ajeno y fuera del alcance del control y voluntad de las partes de manera enunciativa: huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, terremotos, huracanes, manifestaciones, movimientos populares,**

radioactividad, pandemias, decretos o pronunciamientos de Autoridades Locales, Estatales o Federales en materia de salud, caso fortuito de manera enunciativa más no limitativa: inundaciones, huracanes, terremotos, ciclones, cualquier evento hidrológico fuera del alcance humano.

- **Se excluye cualquier gasto, costo u honorario que el Asegurado haya generado adicional a lo que amparado en la Carátula de la Póliza. El prestador no responderá en ningún momento por uso indebido o de mala fe de estas asistencias por parte del Asegurado.**
- **Los servicios de asistencia se prestarán de conformidad con la legislación aplicable, así como cualquier otra normativa y las políticas médicas y sanitarias de cada proveedor, así como la regulación de la Ley General de Salud vigente, cuando así proceda.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 17 de marzo de 2026, con el número PPAQ-S0039-0046-2025 / CONDUSEF-006933-04.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

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

Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de marzo de 2026, con el número PPAQ-S0039-0046-2025 / CONDUSEF-006933-04.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)

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

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

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

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A saber, que en los seguros de daños toda indemnización reduce en igual cantidad la suma asegurada.
4. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
5. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
6. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
7. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico uneseuros@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 Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de marzo de 2026, con el número PPAQ-S0039-0046-2025 / CONDUSEF-006933-04.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Accidentes y Enfermedades

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de marzo de 2026, con el número PPAQ-S0039-0046-2025 / CONDUSEF-006933-04.

Aviso de Privacidad

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, edificio “Capital Reforma”, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, será responsable de sus datos personales y utilizará sus datos personales para las siguientes finalidades: suscripción del contrato de seguro, identificación del cliente, gestión y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditorías externas para emisión de dictámenes de nuestra Compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para más información acerca del tratamiento de sus datos personales, así como de los derechos que puede hacer valer, puede acceder al aviso de privacidad integral en <https://www.chubb.com/mx-es/footer/privacy-notice.html>.

Contacto

CDMX

Av. Paseo de la Reforma 250, Torre
Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Alcaldía
Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México
Tel.: 55 5322 8000

Guadalajara

Av. Mariano Otero 1249, Torre Atlántico,
Piso 10, Col. Rinconada del Bosque,
Sector Juárez, C.P. 44530,
Guadalajara Jal.
Tel: 33 3884 8400

Monterrey

Av. Ricardo Margain Zozaya,
Edificio EQUUS 335, Torre II, Piso 19,
Zona Santa Engracia, C.P. 66265
San Pedro Garza García, N.L.
Tel: 81 8368 1400

chubb.com/mx