

Seguro de Vida Grupo  
o Accidentes Personales Colectivo  
con Participación de Utilidades

CHUBB®

## Contenido

---

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula Primera. Definiciones	4
Cláusula Segunda. Coberturas	9
Cláusula Tercera. Exclusiones Generales	17
Cláusula Cuarta. Edad	19
Cláusula Quinta. Procedimiento en Caso de Siniestro	21
Cláusula Sexta. Cancelación	23
Cláusula Séptima. Nulidad	24
Cláusula Octava. Límite Territorial	24
Cláusula Novena. Administración de Póliza	24
Cláusula Décima. Dividendos	25
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	26
Cláusula 1ª. Prima	26
Cláusula 2ª. Rehabilitación	27
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	27
Cláusula 4ª. Renovación	27
Cláusula 5ª. Competencia	28
Cláusula 6ª. Selección de Riesgo	28
Cláusula 7ª. Comunicaciones y Notificaciones	28
Cláusula 8ª. Moneda	29
Cláusula 9ª. Prescripción	29
Cláusula 10ª. Indemnización por Mora	29

Cláusula 11ª. Modificaciones	29
Cláusula 12ª. Medios de Contratación	29
Cláusula 13ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	30
Cláusula 14ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	30
Cláusula 15ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	31
Cláusula 16ª. Agravación del Riesgo	31

## Anexo

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	34
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades	35
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida	36
Terminología Médica Utilizada	37
Aviso de Privacidad	39
Pre-Designación de Beneficiarios	43

## Seguro de Vida Grupo o Accidentes Personales Colectivo con Participación de Utilidades

### 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 el certificado individual correspondiente. **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. Quedará amparado el Asegurado Titular y, de estar expresamente asentado en el certificado individual los Dependientes Económicos del mismo que ahí se especifiquen.

**Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro. Para efectos del presente contrato, el Beneficiario podrá ser el propio Asegurado.

**Cáncer:** La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma invasivo mayor a 0.75mm.

**Cáncer Primario:** Es aquel Cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad al inicio de vigencia del certificado individual.

**Cáncer in situ:** Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (Neoplasia), por cambios en la estructura interna (Relación citoplasma – núcleo), sin rebasar más allá de la membrana basal.

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

**Condición Médica:** Cualquier enfermedad o lesión que este Contrato no excluya.

**Contratante:** Es aquella persona moral o física (mayor de dieciocho (18) años) que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

**Contrato de Seguro o Póliza:** 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 Carátula de la Póliza, certificados individuales, consentimientos, registro de Asegurados, cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena de este contrato de seguro.

**Culpa Grave:** Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones. Es cuando la persona omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

**Familia Asegurable:** Se consideran como Familia Asegurable del Asegurado Titular a las siguientes personas, siempre y cuando estén dentro de los límites establecidos en la Carátula de la Póliza:

- El cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 291 Bis del Código Civil para la Ciudad de México, en materia común y para toda la República en materia federal.
- Los hijos de cero (0) a veinticinco (25) años siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico.

En caso de haber cobertura para los Dependientes Económicos, éstos deberán aparecer expresamente mencionados en el certificado individual correspondiente, especificando qué coberturas les aplican de acuerdo a las coberturas contratadas.

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

**Diagnóstico:** Es la identificación que hace un Médico Especialista de la enfermedad que sufre el Asegurado, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes, siguiendo un razonamiento analógico.

**Diagnóstico de Cáncer:** Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de la que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con una prueba patológica.

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

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

**Enfermedad:** Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado, siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza, que el certificado individual se encuentre en vigor y que la Enfermedad se encuentre cubierta.

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

**Enfermedades o Padecimientos Preexistentes:** Se entenderá por 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 fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia del certificado individual correspondiente.

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.

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 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.

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

**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 mismos términos y condiciones en que fue inicialmente contratado y a las tarifas vigentes registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de renovación respectiva.

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

**Hospital:** Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentre el Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

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

**Invalidez Total y Permanente:** Es la Invalidez que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total.

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

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente, los siguientes eventos:

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

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

En los casos señalados en el párrafo anterior no operará Periodo de Espera alguno.

**Invalidez Total y Temporal:** Es la Incapacidad total que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente para el desempeño de su trabajo habitual por algún tiempo, siendo necesario que se encuentre interno en un Hospital o recluido constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito. También será considerada Invalidez Total Temporal la pérdida orgánica que sufra el Asegurado a consecuencia un Accidente que lo imposibilite a desempeñar su trabajo habitual por algún tiempo.

**Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. **No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge del Asegurado y/o los Beneficiarios de este seguro**

**Pérdida Orgánica:** Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien, su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista del ojo que se pierde. La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos. **Si en la fecha del accidente, el Asegurado ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta Póliza.**

**Periodo de Espera:** Periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia del certificado individual correspondiente y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura. Este periodo de espera estará estipulado en la Carátula de la Póliza y/o en los certificados correspondientes. El Periodo deberá cumplirse por única vez o cada vez que se ingrese al Seguro, de tal forma que no aplicará para las renovaciones subsecuentes. Si alguno de los riesgos cubiertos ocurre dentro de este periodo de espera, la obligación de la Compañía se reducirá a pagar la parte correspondiente a la prima neta no devengada.

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

**Pruebas Patológicas:** Todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de esta Póliza. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por médico legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

**Suma Asegurada:** Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.



## Cláusula Segunda. Coberturas

---

### 1. Coberturas

#### 1.1 Muerte Accidental

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

#### 1.2 Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente para menores de 12 años

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, reembolsará al padre, madre o tutor hasta la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de este, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

El límite de Suma Asegurada será la contratada para esta cobertura, siempre que no sea mayor a sesenta (60) veces el UMA mensual vigente al momento del siniestro.

#### 1.3 Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto e independientemente de cualquier otra causa el Asegurado, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del mismo, sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, además de lo establecido en el apartado Documentos para el Pago de Indemnización de la cláusula Procedimiento en Caso de Siniestro, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente, los siguientes eventos:

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

#### 1.4 Invalidez Total y Temporal por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa el Asegurado, dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha del mismo, sufra un estado de Invalidez Total y Temporal, la Compañía pagará, mientras subsista dicho estado, la indemnización proporcional, por cada día de esta cobertura por un periodo que no excederá de un (1) año, contados a partir de la fecha del Accidente. En todo caso, la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual para esta cobertura, es mensual. La Aseguradora le pagará al Asegurado la indemnización que corresponda siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

También será considerada Invalidez Total Temporal la pérdida orgánica que sufra el Asegurado a consecuencia un Accidente que lo imposibilite a desempeñar su trabajo habitual por algún tiempo.

### 1.5 Pérdidas Orgánicas

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora le pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro:

#### Tabla de Indemnización

<b>Escala A</b>	
<b>Escala de indemnización</b>	
<b>Pérdida Orgánica</b>	<b>% de la Suma Asegurada Contratada</b>
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

<b>Escala B</b>	
<b>Escala de indemnización</b>	
<b>Pérdida Orgánica</b>	<b>% de la Suma Asegurada Contratada</b>
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, sin incluir, el dedo pulgar o el índice	25%

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

**Responsabilidad Máxima**

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

**1.6 Gastos Médicos por Accidente**

Si durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio o de gabinete, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada para esta cobertura, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

**Esta cobertura es excluyente de la cobertura Reembolso Gastos Médicos por Accidente, es decir, solo se podrá contratar una de ellas.**

**1.7 Reembolso Gastos Médicos por Accidente**

Si durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio o de gabinete, la Compañía le reembolsará el monto de los mencionados gastos hasta el monto de la Suma Asegurada para esta cobertura, previa comprobación de los mismos, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

**Esta cobertura es excluyente de la cobertura Gastos Médicos por Accidente, es decir, solo se podrá contratar una de ellas.**

**El reembolso de gastos médicos tendrá las limitaciones siguientes:**

- 1. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase, y**

**tratamientos de ortodoncia se cubren hasta el límite del quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.**

- 2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta un máximo del cinco por ciento (5%) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.**

**Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados disminuyen en la misma cantidad la Suma Asegurada de esta cobertura.**

**No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una Institución Hospitalaria.**

**La Compañía tan sólo cubrirá los honorarios de médicos y enfermeras graduadas y oficialmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.**

**Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura serán las que se estipulen en la Carátula de la Póliza.**

#### **Límite de Pago de Siniestros**

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

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada.
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, que para efectos de este seguro será de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales terminada la vigencia de la Póliza, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente que haya afectado al Asegurado.

#### **Investigación de la Aseguradora**

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

- El Asegurado deberá autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia Médico-Hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante.
- Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

#### **Otros Seguros (Esta disposición aplica para las coberturas 1.6 Gastos Médicos por Accidente y 1.7 Reembolso Gastos Médicos por Accidente)**

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

### 1.8 Fallecimiento

De aparecer como amparado en el certificado individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La Suma Asegurada se pagará al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado el certificado individual correspondiente.

### 1.9 Enfermedades Graves

En caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado de alguna o algunas de las Enfermedades Graves que aparezcan específicamente descritas en el certificado individual correspondiente, la Compañía pagará la indemnización contratada para la enfermedad o enfermedades diagnosticadas. La Enfermedad Grave se deberá haber diagnosticado dentro de la vigencia del certificado individual. Las Enfermedades Graves que pueden estar amparadas son:

#### 1. Infarto al Miocardio

Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

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

#### Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de un Infarto agudo al Miocardio.

#### Se Excluye:

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

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

## 2. Accidente Vascular Cerebral (ACV)

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

- a) Infarto del tejido cerebral.
- b) Hemorragia de un vaso intracraneal.
- c) Embolia de fuente extracraneal.

### Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de un Accidente Vascular Cerebral.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología que podrá ser un neurólogo, urgenciólogo, internista o intensivista, el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un Médico Especialista en Medicina Interna Angiología, Medicina Crítica/Terapia Intensiva y Cirugía Vascular.

### Se Excluyen:

#### 1. Ataques isquémicos transitorios

## 3. Insuficiencia Renal Crónica

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

### Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Insuficiencia Renal Crónica.

### Se Excluye:

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

## 4. Cirugía Coronaria

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

### Riesgo Cubierto

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Cirugía Coronaria.

### Se Excluye

#### 1. Trombólisis Mediante Cateterismo Coronario.

### **5. Esclerosis Múltiple**

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

#### **Riesgo Cubierto**

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

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se diagnostique durante la vigencia del certificado individual.

### **6. Parálisis de Extremidades**

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

#### **Riesgo Cubierto**

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

### **Se Excluye**

- 1. Parálisis Ocasionada por Accidente Vascular Cerebral.**
- 2. Parálisis Ocasionada por Esclerosis Múltiple.**

### **7. Trasplante de Órganos Vitales**

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

#### **Riesgo Cubierto**

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

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

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

### **Se Excluye:**

- a) Cualquier gasto incurrido por el donante.**
- b) Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos Mono ventriculares y Bi-ventriculares que asistan a la función del corazón.**

#### **Limitación de Cobertura**

Esta cobertura será válida solo en caso de que al Asegurado se le diagnostique por primera vez en su vida la Enfermedad Grave cubierta durante la vigencia del certificado individual correspondiente.

- El pago de cualquier Indemnización derivada de alguna de las Enfermedades Graves amparadas y descritas en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual correspondiente, dará por extinguida la cobertura de la Enfermedad Grave indemnizada y continuará para el resto de las Enfermedades Graves amparadas en el certificado individual.

- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los Beneficiarios designados en este contrato de seguro, y a falta de éstos, a su sucesión legal.

### **8. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer**

La Compañía, con sujeción a lo estipulado en esta Póliza, y siempre y cuando la misma se encuentre en vigor al momento de la ocurrencia del siniestro, pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada que corresponda a esta cobertura especificada en el certificado individual, si después de haber transcurrido el periodo de espera de noventa (90) días naturales, se le diagnostica por primera vez en la vida el padecimiento de Cáncer, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.

#### **Periodo de Espera para la Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer**

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

Por lo tanto, solo estará cubierto el primer Diagnóstico Clínico de Cáncer que se haya iniciado después de transcurrido el Periodo de Espera y en tanto haya sido emitido durante la vigencia de la Póliza. En caso contrario, la Compañía devolverá, la parte correspondiente a la prima neta no devengada, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.

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

#### **Periodo de Espera**

**Para las coberturas Enfermedades Graves previamente mencionadas aplicará un periodo de espera de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado individual.**

#### **1.10. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad**

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado, el pago del cual quedará a cargo de éste.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la Carátula de la Póliza y certificado individual correspondiente, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados:

- i. Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- ii. Hasta trescientos sesenta y cinco (365) Días de Hospitalización, lo que ocurra primero.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas (con diferencia menor a 72 horas), como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el número máximo de eventos para esta cobertura.



### 1.11 Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos un (1) Día de Hospitalización del Asegurado, el pago del cual quedará a cargo de éste.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo por un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza de cada Asegurado, especificados en la Carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados:

- i. Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- ii. Hasta trescientos sesenta y cinco (365) Días de Hospitalización, lo que ocurra primero.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas (con diferencia menor a 72 horas), como consecuencia del mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el número máximo de eventos para esta cobertura.

### Cláusula Tercera. Exclusiones Generales

---

**Las coberturas mencionadas para este seguro no amparan la muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, enfermedad grave, gastos médicos u hospitalización que deriven de lo siguiente:**

- A. SIDA y VIH: Cualquier fallecimiento, invalidez, pérdida orgánica, enfermedad grave, gastos médicos por accidente u hospitalización que resulte o se relacione, directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- B. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización derivada de accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
  - i. Aviación privada, en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
  - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
  - iii. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
  - iv. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- C. Alcohol y drogas: Cualquier muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización por accidente originado por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes. tampoco se cubrirá muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización por accidente que provenga de algún síndrome de dependencia alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es**

considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de dependencia alcohólica.

- D. Maternidad y sus complicaciones, a menos que sean necesarias a consecuencia del Accidente cubierto.**
- E. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones, a menos que sean necesarias a consecuencia del Accidente cubierto.**
- F. Condiciones o padecimientos preexistentes. Para la cobertura de invalidez, no se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior al alta del Asegurado a la Póliza.**
- G. Carreras: Por estar directamente involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie) como piloto o copiloto, actividades subacuáticas o buceo.**
- H. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- I. Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- J. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

#### **Exclusiones Generales aplicables a Enfermedades Graves**

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

- **Enfermedades preexistentes o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la Póliza.**
- **Enfermedades congénitas.**
- **Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.**
- **Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.**
- **Enfermedad grave originada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un médico.**
- **Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

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

- **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, cuando sea el piloto o copiloto.**

- **Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.**
- **Deportes tales como: Esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando el Asegurado percibe un ingreso por dicha práctica.**
- **El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.**
- **Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.**
- **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.**

**Exclusiones para la cobertura de indemnización por diagnóstico de cáncer:**

- A. Los tumores benignos.**
- B. Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.**
- C. Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por estudio histológico como “premaligos”, cáncer cervicouterino “in situ” y cáncer de próstata “in situ”.**
- D. Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.**
- E. Todo cáncer cuyo “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de espera.**
- F. Sarcoma de Kaposi.**
- G. Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.**
- H. Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.**

**Cláusula Cuarta. Edad**

La edad máxima y mínima del Asegurado para la contratación del presente seguro será de acuerdo a lo señalado en la siguiente tabla.

	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Renovación</b>
Fallecimiento	12	80	80
Muerte Accidental	12	80	80
Pérdidas Orgánicas	0	80	80
Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente para menores de 12 años	0	11	11

Invalidez Total y Permanente por Accidente Invalidez Total y Temporal por Accidente Gastos Médicos por Accidente Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	0	80	80
Infarto al Miocardio Accidente Vascular Cerebral Insuficiencia Renal Crónica Cirugía Coronaria Esclerosis Múltiple Parálisis de las Extremidades Trasplante de Órganos Vitales Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	0	80	80

La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará al aniversario de la Póliza inmediato posterior en que éste cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la Carátula de la Póliza.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

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 y que se encontraba fuera 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

La Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los 90 (noventa) días hábiles siguientes a la solicitud, mediante cheque o transferencia bancaria a su nombre, de acuerdo con lo solicitado por el Contratante, en caso de no haber expresado la forma de pago para la devolución de la prima, la Aseguradora pondrá a su disposición un cheque por la cantidad que corresponda.

- 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 naturales 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 las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos.

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 de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios 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 Muerte Accidental:**

- Formato o Solicitud de reclamación.
- Acta de defunción digitalizada.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado, en caso de que la tuviesen.
- Actas oficiales de nacimiento de los Beneficiario y acta de matrimonio digitalizada (esta última en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge).
- Certificado/consentimiento original con designación de Beneficiarios, si la tuviesen.
- Actuaciones del ministerio público.
- Copia de identificación oficial vigente del(los) Beneficiario(s).
- Estado de cuenta bancario del Beneficiario con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

#### **Para las Coberturas de Invalidez por Accidente:**

- Formato o Solicitud de reclamación.
- Dictamen de invalidez médica.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- Estado de cuenta bancario del Asegurado con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

#### **Para la Cobertura de Pérdidas Orgánicas:**

- Formato o Solicitud de reclamación.
- Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes Personales, Antecedentes Patológicos, Evolución de Padecimiento, Estado Actual.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.

- Estado de cuenta bancario del Asegurado con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

**Para las Coberturas de Gastos Médicos por Accidente:**

- Formato o Solicitud de reclamación.
- Informe médico.
- Facturas y/o comprobantes de los gastos, solo en el caso de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- Estado de cuenta bancario del Asegurado con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

**Para la Cobertura de Fallecimiento:**

- Formado o Solicitud de reclamación.
- Acta de defunción digitalizada.
- Identificación oficial vigente del Asegurado, si la tuviesen.
- Identificación oficial del Beneficiario
- Estado de cuenta bancario del Beneficiario con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

**Para la Cobertura de cualquiera de las Enfermedades Graves:**

- Formado o Solicitud de reclamación.
- Informe médico.
- Estudio médico que comprueba el diagnóstico.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- Estado de cuenta bancario con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

**Para la Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:**

- Formado o Solicitud de reclamación.
- Informe médico.
- Estudio médico que comprueba el diagnóstico.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- Estado de cuenta bancario con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

**Para las Coberturas de Hospitalización:**

- Formado o Solicitud de reclamación.
- Informe médico.
- Constancia de hospitalización.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- Estado de cuenta bancario con una antigüedad máxima de 3 (tres) meses.

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. 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 a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a: Edificio Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, o bien a través de los medios electrónicos que para tales efectos señale la Compañía.

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

#### **4. Formas de Indemnización.**

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a cada cobertura dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, de conformidad con la forma de pago establecida en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

Para la cobertura de Enfermedades Graves, el Contratante podrá elegir alguna de las siguientes formas, lo cual estará indicado en la Carátula de la Póliza y certificado individual correspondiente:

- a) En una sola exhibición.
- b) En el número de Rentas Mensuales estipuladas en la Carátula de la Póliza y/certificado individual y por el monto también especificado en éstos.

#### **5. Deducciones.**

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

#### **Cláusula Sexta. Cancelación**

---

El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este seguro, mediante aviso por escrito a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las reclamaciones originadas y determinadas como procedentes mientras el seguro y/o certificado individual estuvieron en vigor al ocurrir el siniestro.

El seguro y/o certificado individual quedará cancelado en la fecha en que la solicitud escrita del Contratante sea recibida por la Compañía o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Este seguro se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Para cada Asegurado, en la renovación inmediata posterior a la fecha en la que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación;
- b) Para cada Asegurado, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, por cualquier circunstancia;
- c) Para cada Asegurado, si cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos;
- d) Para cada Asegurado, si este deja de reunir las características para pertenecer al grupo asegurado, según sea determinado por el Contratante;
- e) Por falta de pago de las primas, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Primera de las Disposiciones Generales.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada del seguro, la Compañía devolverá la prima neta pagada no devengada, descontando el costo de los derechos de Póliza, estipulados en la Carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición. La Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo con lo solicitado por el Contratante.

### **Cláusula Séptima. Nulidad**

---

**Las coberturas de invalidez no sufrirán efectos si el Asegurado no tiene una actividad permanente y remunerada en el momento en que sufra algún estado de invalidez.**

### **Cláusula Octava. Límite Territorial**

---

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas, para cubrir siniestros que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos o en el extranjero.

### **Cláusula Novena. Administración de la Póliza**

---

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

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

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

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

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

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

**Altas:** Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos, podrá ser incluida en la misma.

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



**Bajas:** Se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. La Compañía realizará dicha devolución dentro de los 90 (noventa) días hábiles siguientes a la baja del Integrante, mediante cheque por la cantidad que corresponda.

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

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes, remitiendo el alta de cada Asegurado, incluyendo los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento, así como la información señalada en la fracción VII del artículo 10 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades; además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días naturales después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d) Entregar a la Aseguradora los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

Adicionalmente a las obligaciones antes referidas, el Contratante tiene la obligación de entregar a cada Asegurado el Certificado Individual y la documentación contractual respectiva.

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a las Pólizas y Certificados Individuales que ésta expida.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar y hacer eficiente el proceso de administración y gestión del seguro, la administración del mismo será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en 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.

### **Cláusula Décima. Dividendos**

---

Este contrato tiene participación de utilidades mediante el otorgamiento de dividendos bajo Experiencia Propia por siniestralidad favorable, de acuerdo con lo siguiente:

1. Los dividendos se calcularán con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgos devengados y los siniestros ocurridos. Por prima neta de riesgo se entenderá la prima cobrada menos el recargo por pago fraccionado, gastos de administración y utilidad, gastos de adquisición y costo de reaseguro, en caso de que aplique.
2. El dividendo se calculará en forma vencida y de acuerdo con la fórmula que se indica en la Carátula de la Póliza, siempre que se cumpla con lo establecido en la cláusula Prima.
3. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la Póliza. No pueden pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Entendiéndose por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice del periodo de vigencia de la Póliza.
4. Cuando los asegurados participen el pago de la prima, tienen derecho a recibir los dividendos generados de manera proporcional a las aportaciones realizadas.
5. Si posterior a la liquidación del dividendo es presentado a la Compañía un siniestro cuya fecha de ocurrido está dentro de la vigencia de la cual se liquidó el dividendo, el Contratante deberá devolver dicho dividendo pagado o el importe del siniestro reportado, lo que sea menor. Este procedimiento se repetirá con todos los siniestros que se presenten en las condiciones antes mencionadas y hasta el monto del dividendo pagado al Contratante.
6. El pago de dicha participación no podrá ser condicionado a la renovación de la Póliza.

La Compañía no realizará pago alguno por concepto de Dividendos a una persona distinta al Contratante, Asegurado y en su caso Beneficiario, según lo establecido en este Contrato.

## Sección Segunda Disposiciones Generales

### Cláusula 1ª. Prima

---

La prima de este seguro será el monto establecido por cada cobertura en la Carátula de Póliza. La prima vence en el momento de la celebración del Contrato de Seguro o a la incorporación de cada uno de los Asegurados al grupo asegurado, tratándose de altas posteriores a la contratación. En el caso de pagos fraccionados, las primas subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado. Una vez vencida la prima o la fracción correspondiente, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 (treinta) días para liquidarla.

En caso de realización del siniestro durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago.

La periodicidad de pago de la prima es la que se establece en la Carátula de la Póliza. La prima podrá pagarse por transferencia electrónica de fondos.

**Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la prima no hubiere sido pagada en los plazos señalados en el primer párrafo de esta cláusula y, por lo tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro ocurrido posterior a que hayan cesado los efectos del seguro.**

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

## Cláusula 2ª. Rehabilitación

---

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula o dentro de los treinta (30) días naturales 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. Dicha devolución se hará privilegiando el medio de pago de la prima, salvo que el Contratante manifieste la forma en que requiere le hagan la entrega de dichos recursos.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las doce 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 de la Póliza y/o certificado individual correspondiente.

## Cláusula 4ª. Renovación

---

Este Contrato de Seguro será renovable automáticamente por periodos de la misma duración inicialmente pactada, si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de la Póliza de que no es su interés renovar este contrato de seguro. Lo mismo será aplicable a los Certificados Individuales.

A la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y Sumas Aseguradas, en función del aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, manteniendo el resto de los términos y condiciones según el plan originalmente contratado. Adicionalmente la prima se actualizará aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**En caso de ajuste de primas y Sumas Aseguradas en términos del párrafo anterior, la Compañía se obliga a dar aviso por escrito al Contratante dentro de los 30 (treinta) días naturales anteriores a la renovación, del monto de dichas primas y Sumas Aseguradas.**

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas,

siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

### **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: 800 223 2001  
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com  
Horarios de Atención: lunes a jueves de 8:30 a 17:00 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. Selección de Riesgo**

---

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

### **Cláusula 7ª. Comunicaciones y Notificaciones**

---

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

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la 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 8ª. Moneda**

---

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

### **Cláusula 9ª. Prescripción**

---

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán:

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

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

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

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

### **Cláusula 10ª. 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 Beneficiario legitimado al efecto, 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 11ª. Modificaciones**

---

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los Endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito mediante el Endoso correspondiente. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

### **Cláusula 12ª. Medios de Contratación**

---

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de Medios Electrónicos; para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Compañía.

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

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

### **Cláusula 13ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales**

---

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

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

---

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

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

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

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

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

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

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberán comunicarse al **800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
- i. Llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República.
  - ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente.
  - iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada.
  - iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

### **Cláusula 15ª. 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 16ª. Agravación del Riesgo**

---

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**Invitación para Consultar al RECAS**

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

**Liga a Cita de Preceptos Legales**

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá (n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet <https://www.chubb.com/mx-es/about-us/referencias-legales-y-abreviaturas-no-comunes.aspx>; sección "Referencias Legales".

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 12 de diciembre 2023, con el número PPAQ-S0039-0059-2023 / CONDUSEF-006119-02.

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

---

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

Ahora bien, por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Chubb Seguros México, S.A. pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a 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 12 de diciembre 2023, con el número PPAQ-S0039-0059-2023 / CONDUSEF-006119-02.

## Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de 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 del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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

### Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de diciembre 2023, con el número PPAQ-S0039-0059-2023 / CONDUSEF-006119-02.

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

---

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

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

### Durante nuestra atención en el siniestro el Beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:

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

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

### Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de diciembre 2023, con el número PPAQ-S0039-0059-2023 / CONDUSEF-006119-02.

## Terminología Médica Utilizada

---

**Accidente Cerebral Vascular:** La enfermedad Vascular Cerebral o evento vascular cerebral (EVC) es una enfermedad que se presenta de manera súbita y es ocasionada por una alteración directa en el flujo de los vasos sanguíneos del cerebro.

**Accidentes Isquémicos Transitorios (TIA por sus siglas en inglés):** Son trastornos en los cuales se observa una pérdida aguda de la función cerebral, que dura menos de 24 horas, son recurrentes y están asociados a una disminución del flujo sanguíneo cerebral.

**Angiografía:** La angiografía es una técnica radiográfica en la que emplea un colorante que se inyecta en las cavidades del corazón o en las arterias que conducen al corazón (las arterias coronarias). El estudio permite medir el flujo de sangre y la presión en las cavidades cardíacas y determinar si las arterias coronarias están obstruidas.

**Angioplastia:** Es una técnica empleada para ensanchar las arterias estrechadas sin necesidad de una intervención quirúrgica. La idea básica de la angioplastia es posicionar en la zona donde se ha producido el estrechamiento, un catéter con un pequeño balón inflable.

**Cáncer Cervicouterino:** Es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

**Carcinoma “in situ”:** Se refiere a un crecimiento anormal y descontrolado de células en forma superficial sin invadir más allá de la membrana basal, es decir en el mismo sitio de origen.

**Carcinoma Basocelular de la Piel:** También llamado cáncer de la piel o melanoma se suele presentar como un nódulo o abultamiento pequeño y escamoso en la cabeza, el cuello o las manos.

**Carcinoma:** Es un sinónimo de Cáncer.

**Células Escamosas:** Células de la porción central de la capa epidérmica de la piel.

**Diálisis:** Tratamiento médico por el cual se realiza las funciones naturales de los riñones, en el caso de que éstos fallen (insuficiencia renal).

**Enfermedad Cardíaca Isquémica:** Conocida también como Enfermedad Cardíaca Coronaria o Enfermedad de las Arterias Coronarias. Se caracteriza por la acumulación de depósitos grasos a lo largo de la capa más profunda de las arterias coronarias obstruyendo el paso de la sangre hacia el corazón.

**Enfermedad de Hodgkin:** Es un tipo de cáncer que se origina en el sistema linfático.

**Estudio Histológico:** La ciencia que estudia todo lo referente a los tejidos orgánicos. Mediante un estudio histológico de los tejidos extirpados se determina si los mismos han sufrido una transformación maligna o no.

**Estudio Diagnóstico:** Cualquier examen auxiliar que permita tener “la sospecha” diagnóstica de cáncer como, por ejemplo: análisis de sangre, radiografía, tomografía, mamografía etc.

**Histología:** La ciencia que estudia todo lo referente a los tejidos orgánicos. Mediante un estudio histológico de los tejidos extirpados se determina si los mismos han sufrido una transformación maligna o no.

**Leucemia:** Es una enfermedad maligna de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos (células blancas) en la sangre periférica y que causan un tipo de cáncer a la sangre.

**Linfoma:** Es un cáncer que se inicia en el tejido linfático.

**Melanomas:** Es un tipo de cáncer de piel que aparece cuando las células llamadas melanocitos se convierten en malignas.

**Metástasis:** Es la diseminación de células malignas de un tumor primario a órganos o tejidos distantes, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

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

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

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

**Sarcoma de Kaposi:** Es un cáncer de la piel que puede presentarse en las personas que tienen SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

**Sistema Linfático:** Está formado por una serie de vasos que recorren todo el cuerpo y por ganglios que son como unos colectores.

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 12 de diciembre 2023, con el número PPAQ-S0039-0059-2023 / CONDUSEF-006119-02.

## Aviso de Privacidad

---

(Fecha de última actualización: enero 2023)

**Chubb Seguros México, S.A.**, en adelante CHUBB con domicilio establecido en Av. Paseo de la Reforma No. 250, edificio "Capital Reforma", torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y hace de su conocimiento el presente aviso de privacidad en cumplimiento con el principio de información establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en adelante la Ley y demás normativa relacionada.

### ¿Qué datos personales recabamos de usted?

Los datos personales que son tratados por CHUBB son aquellos necesarios para la relación jurídica que se entabla, es decir, los relativos para fines de emisión de Pólizas, análisis y/o pago de siniestros y/o venta de salvamento, para la contratación de servicios que requiera esta institución, o bien para finalidades secundarias de promoción y/o venta de diversos productos. Algunos ejemplos de éstos son los inherentes a otorgar servicios de asistencia contratados, beneficios adicionales ofrecidos por tener una Póliza contratada, evaluar servicios, redacción y celebración de contratos, tramitar solicitudes de pago, administración mantenimiento y renovación de servicios de asistencia, aquellos para llevar a cabo los fines relacionados con el objeto de CHUBB.

Los datos que le podremos solicitar según la relación jurídica que se entable o se entabla son los siguientes: datos personales de identificación (nombre completo, edad, sexo, domicilio, fecha de nacimiento, nacionalidad, firma), datos personales de contacto (teléfono, domicilio, correo electrónico), datos familiares, datos financieros y/o patrimoniales y datos sensibles, los cuales son aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente y futuro, información genética, afiliación sindical, información biométrica, Información de Geolocalización y preferencia sexual, datos derivados de una orientación médica telefónica, nutricional o psicológica. Número de Póliza, número de asistencia, historial médico y antecedentes médicos, y datos relacionados con sus familiares. Al proporcionar los datos de otros titulares usted reconoce tener facultad o el consentimiento de éstos para que CHUBB trate estos datos personales para cumplir con las finalidades primarias y secundarias señaladas en el presente aviso de privacidad.

Para los efectos de este aviso de privacidad, Información de Geolocalización significa la información que identifica, con una especificidad razonable, su ubicación (mediante el uso de coordenadas de longitud y latitud obtenidas a través de GPS, Wi-Fi o triangulación de ubicación de celulares y otros similares).

En caso de que usted no otorgue su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales (incluyendo los sensibles, financieros y/o patrimoniales), podemos vernos imposibilitados para continuar con la relación jurídica que se pretenda.

### ¿Cómo obtenemos sus datos personales?

CHUBB, podrá recabar sus datos personales ya sea de forma personal o directa por algún medio que permita su entrega directa al responsable como es por medio de nuestra página de internet o correos electrónicos, y/o de forma indirecta (a través de otros medios como fuentes de acceso público o por medio de transferencias y/o remisiones de instituciones financieras, promotores, agentes de seguros y fianzas o cualquier otro tercero autorizado para tal efecto). Le informamos que en nuestra página de Internet utilizamos cookies, web beacons y otras tecnologías a través de las cuales es posible monitorear su comportamiento como usuario de Internet, brindarle un mejor servicio y experiencia de usuario al navegar en nuestra página, así como ofrecerle nuevos productos y servicios basados en sus preferencias. Los datos personales que obtenemos de estas tecnologías de rastreo son los siguientes: horario de navegación, tiempo de navegación en nuestra página de Internet, secciones consultadas, y páginas de Internet accedidas previo a la nuestra.

Estas tecnologías podrán deshabilitarse siguiendo los siguientes pasos:

1. Acceder a nuestra página de Internet, sección “Términos y condiciones del sitio”, subsección “Cookies”;
2. Dar clic en la subsección “Cookies”;
3. Leer el mensaje de advertencia sobre la deshabilitación de cookies, y
4. Dar clic en la leyenda de activar el mecanismo de deshabilitación de cookies.

Las tecnologías denominadas píxeles u otras similares, no pueden ser deshabilitadas por usted como usuario.

### **¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?**

Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades primarias que dan origen y se consideran necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre CHUBB y usted:

1. Para realizar operaciones de ajuste de siniestro;
2. Para el pago de indemnizaciones y operaciones de reaseguro;
3. Para ofrecerle al Asegurado soporte técnico sobre los productos que tenga contratados;
4. Para darle atención y seguimiento a las solicitudes del Asegurado, incluyendo el uso de Información de Geolocalización y a los servicios que CHUBB le preste a este último, incluyendo encuestas de satisfacción;
5. Atención y seguimiento de siniestros incluso haciendo uso de Información de Geolocalización para ayudar a ubicar el lugar de los siniestros, procesos de ajuste y subrogaciones;
6. Realizar operaciones distintas a la emisión de Pólizas de seguros como lo pueden ser análisis y/o pagos de siniestros o todo lo relacionado con la venta del salvamento;
7. Proporcionar información a auditores externos cuando la requieran para emitir sus dictámenes sobre nuestra Compañía, o a terceros proveedores de servicios de CHUBB, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como aseguradora;
8. Para operar, administrar, cobrar, mantener o renovar y/o dar cumplimiento a la relación jurídica entre el Contratante y/o el Asegurado con CHUBB;
9. Para valorar y/o celebrar la solicitud para la emisión de Pólizas de seguros, ya sea que usted la requiera con el carácter asegurado o contratante, incluyendo el uso de Información de Geolocalización;
10. Para que su imagen personal (ya sea foto, video, etc.) pueda ser utilizada y/o divulgada en los procesos de ajuste de siniestros o ante autoridades judiciales en caso de que exista alguna solicitud fundada y motivada;
11. Para dar cumplimiento a la legislación aplicable o a las autoridades competentes;
12. Para ofrecerle al Asegurado asistencia, beneficios adicionales, promociones o sorteos sobre los productos que tenga contratados;
13. Para la selección de riesgos y detectar y prevenir fraudes y otros ilícitos;
14. Con fines estadísticos, financieros, administrativos o de calidad;
15. Valorar la prestación de servicios que requiera CHUBB;
16. Contactarlo por motivos relacionados a la relación jurídica que se establezca;
17. Integración de expedientes de identificación;
18. Para darle acceso a nuestras instalaciones;
19. Para conservación de la información, tomando en cuenta los aspectos administrativos; contables, fiscales, jurídicos e históricos de la misma.

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para las siguientes finalidades secundarias: (i) enviarle información acerca de CHUBB, o las empresas que comparten esquemas de participación directa o indirecta de capital social y por tanto forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestro sector o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de CHUBB o las empresas que forman parte de Chubb Group en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de CHUBB, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo (v) organización de eventos; (vi) fines de promoción y/o venta de terceras



partes que sean socios comerciales de Chubb Group en México, con el propósito de que puedan contactarlo para ofrecerle servicios y productos que estén o no relacionados con los servicios que esta empresa preste; y (vii) para la realización de estudios de mercado e invitación a participar en los mismos.

Las finalidades secundarias antes mencionadas, no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre CHUBB y usted, por lo que podrá manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para estos efectos marcando la siguiente casilla:

No deseo que CHUBB use mis datos personales para las finalidades secundarias.

**Nota:** si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para el tratamiento de sus datos personales con respecto a las finalidades secundarias que no son necesarias, ni dieron origen a la relación jurídica con el responsable. Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de CHUBB o al correo electrónico **datospersonales@chubb.com**

#### ¿Con quién compartimos sus datos personales?

Asimismo, le informamos que sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros podrán ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, a personas distintas a CHUBB para las finalidades establecidas en el presente aviso de privacidad. En ese sentido su información podrá ser compartida con: (i) Contratistas o proveedores de servicio que complementen o coadyuven con la relación jurídica con la que tengamos con usted, socios comerciales y asesores de CHUBB, (ii) empresas nacionales y extranjeras que sean parte de Chubb Group en México; (iii) autoridades en México o en el extranjero; (iv) la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y sus Asociadas, y cualquier otra persona autorizada por la ley o el reglamento aplicable.

Otras personas con las que podemos compartir su información y de las que se considera necesario obtener su consentimiento son personas dedicadas a la prestación de servicios especializados en los ramos que a continuación se describen, y contratadas por CHUBB para desempeñar los fines siguientes: (v) archivo de documentos; (vi) organización de eventos; (vii) fines publicitarios o de prospección comercial.

Asimismo, si usted no marca la casilla siguiente entenderemos que usted nos otorga su consentimiento para transferir sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros para los fines que se señalan en el párrafo anterior, es importante que conozca que este consentimiento es revocable en cualquier momento siguiendo el procedimiento que para estos efectos está establecido más adelante.

No doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos personales a efecto de los fines establecidos en el párrafo anterior.

**Nota:** si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para la transferencia de sus datos personales con respecto a las finalidades que refiere el párrafo anterior. Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de CHUBB o en el correo electrónico **datospersonales@chubb.com**.

De conformidad con lo establecido en la Ley, el tercero receptor asumirá las mismas obligaciones que CHUBB asume en el presente aviso de privacidad a efecto de salvaguardar sus datos personales.

**Forma de contactarnos**

Si usted desea limitar el uso o divulgación de sus datos personales, quiera ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, o busque efectuar alguna aclaración o actualización de sus datos personales o revocación de su consentimiento deberá enviar su solicitud en los términos establecidos por la Ley y su reglamento aplicable, a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico **datospersonales@chubb.com**, o a nuestra dirección física en domicilio establecido en 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 o comunicarse al número de teléfono **800 006 3342**.

Para poder llevar a cabo lo anterior el Asegurado deberá enviar un correo electrónico a la dirección: **datospersonales@chubb.com** solicitando el Formulario correspondiente, o dirigirse físicamente al domicilio de CHUBB, mismo que ha quedado señalado al inicio el presente aviso de privacidad, para solicitar dicho Formulario.

De cualquier forma, usted puede utilizar los formularios que para estos efectos CHUBB pone a su disposición en su página de internet **www2.chubb.com/mx-es/**

Es importante que nuestros Asegurados, Contratantes o Beneficiarios tengan presente que, en términos de la Ley aplicable, para que CHUBB pueda dar trámite a cualquier solicitud que en términos de este aviso de privacidad se mencionan, el titular de los datos Personales deberá cumplir con los requisitos que se señalan en la misma Ley y su reglamento aplicable.

**Modificaciones al Aviso de Privacidad**

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, en atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios.

Las modificaciones a nuestro aviso de privacidad se darán a conocer a través de nuestra página de Internet **www2.chubb.com/mx-es/**, por lo que le sugerimos revisar constantemente nuestro sitio de Internet a fin de conocer cualquier cambio realizado.

**Consentimiento del titular de datos personales**

El titular de los datos hace constar que conoce y entiende en su totalidad el contenido, los fines y alcances del aviso de privacidad con el que CHUBB cuenta para la relación con sus asegurados, mismo que ha quedado transcrito en el presente documento, por lo que otorga su total consentimiento para que CHUBB lleve a cabo el tratamiento de sus datos personales en los términos de dicho aviso de privacidad.

Así mismo, manifiesta su conformidad para que el pago de la prima del contrato de seguro que celebre o tenga celebrado con CHUBB, así como cualquier declaración de siniestro, reclamación, indemnización o demás actos relacionados con dicho contrato de seguro se tenga como signo inequívoco del consentimiento expreso que ha dado para que CHUBB lleve a cabo el tratamiento de sus datos personales en términos del aviso de privacidad al que se ha hecho mención en el párrafo inmediato anterior.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de conformidad:** \_\_\_\_\_

## Pre-Designación de Beneficiarios

---

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de diciembre 2023, con el número PPAQ-S0039-0059-2023 / CONDUSEF-006119-02.

## Contacto

---

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

Tel.: 800 223 2001