Seguro Integral Accidentes

CHUBB®

CHUBB®

Contenido

Importante 4

Disposiciones Particulares Secciones de Daños 5

- Cláusula 1ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños 5
- Cláusula 2ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Daños 6
- Cláusula 3ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños 36

Disposiciones Particulares de Secciones de Accidentes y Enfermedades 36

- Cláusula 4ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades 36
- Cláusula 5ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades 39
- Cláusula 6ª. Edades para Coberturas o Secciones de Accidentes y Enfermedades 68
- Cláusula 7ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades 69

Servicios de Asistencia 71

Disposiciones Generales 75

- Cláusula 1ª. Definiciones 75
- Cláusula 2ª. Procedimiento en caso de Siniestro 75
- Cláusula 3ª. Terminación Anticipada y Cancelación 76
- Cláusula 4ª. Renovación 77
- Cláusula 5ª. Territorialidad 77
- Cláusula 6ª. Prima 78
- Cláusula 7ª. Vigencia 78

Cláusula 8ª. Modificaciones	78
Cláusula 9ª. Notificaciones	79
Cláusula 10ª. Competencia	79
Cláusula 11ª. Interés Moratorio	79
Cláusula 12ª. Prescripción	80
Cláusula 13ª. Moneda	80
Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios Personas Morales	80
Cláusula 15ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	80
Cláusula 16ª. Agravación Esencial del Riesgo	80
Cláusula 17ª. Uso de Medios Electrónicos	82
Cláusula 18ª. Otros Seguros	83
Cláusula 19ª. Subrogación	83
Cláusula 20ª. Entrega de Documentación Contractual para el caso de Celebración de Contrato por Internet o por conducto de Prestador de Servicios al que se refieren los Artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	84
Cláusula 21ª. Beneficios Chubb	84
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Accidentes y Enfermedades	86
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Daños	87
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	88
Formato de Designación de Beneficiarios	89
Cláusula General Designación de Beneficiarios	90

CHUBB®

Importante

Este seguro está compuesto por diversas coberturas. Cada cobertura se encuentra plasmada en una sección distinta, por lo que las únicas coberturas o secciones que serán aplicables y estarán amparadas, son las que expresamente aparezcan como contratadas en la Carátula de la Póliza. Verifique las coberturas o secciones contratadas.

Para efectos de claridad, usted podrá recibir:

1. **El paquete completo de coberturas o secciones, no obstante que únicamente haya contratado algunas, en cuyo caso, deberá tener en cuenta que sólo estarán cubiertas y serán aplicables las expresamente nombradas en la Carátula de Póliza; o**
2. **Únicamente las coberturas o secciones que haya contratado, de acuerdo con lo establecido en la Carátula de Póliza.**

CHUBB

Seguro Integral Accidentes

Disposiciones Particulares
Secciones de Daños

Cláusula 1ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños

Los siguientes términos únicamente son aplicables a las coberturas de “daños” y tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Daño Patrimonial: Afectación o pérdida apreciable en dinero como consecuencia de los eventos amparados por esta cobertura.

Evento: Hecho o serie de hechos ocurridos durante la Vigencia de la Póliza y que hayan originado el derecho a alguna reclamación para el pago de una indemnización. Constituye un solo y mismo evento, el hecho o serie de siniestros ocurridos durante el periodo de cobertura que tienen una misma y única causa.

Periodo de Carencia: Es el tiempo al Inicio de la Vigencia de la Póliza, en la cual no se cuenta con la cobertura amparada en estas condiciones. Dicho tiempo, en caso de que se aplique, se especifica en la Carátula de la Póliza.

Robo: Delito que se da cuando una persona se apodera de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley.

Robo sin Violencia: Se entenderá como aquel Robo, realizado sin fuerza material sobre las cosas, ni violencia física o moral, o intimidación en las personas, así como aquél o aquello que no deje señales visibles de violencia del exterior al interior.

Robo con Violencia: Se entenderá como aquel Robo cometido en contra del Titular del Riesgo, que se haya dado con violencia física y/o moral, mismas que se distinguen de la siguiente manera:

a) **Se entiende por violencia física en el Robo:** La fuerza material que para cometerlo se hace a una persona.
b) **Hay violencia moral en el Robo:** cuando el ladrón amaga o amenaza a una persona, con un mal grave, presente o inmediato, capaz de intimidarlo.

Cláusula 2ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Daños

Cobertura de Robo de Contenido en Automóviles

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

Definiciones

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

Accesorios del Vehículo Declarado: Comprende cualquier parte o accesorio con los que el fabricante adapta originalmente a cada vehículo de acuerdo con el modelo y tipo específico que presenta al mercado, así como todos aquellos que modifican, refuerzan y/o mejoran la carrocería o estructura del vehículo por fuera o por dentro del mismo, instalados con posterioridad a la primera venta del vehículo al público.

Titular del Riesgo: Es la persona que aparece como tal en la Carátula de la Póliza, que en caso de siniestro tiene derecho a la Indemnización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en este contrato.

Deducible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del Riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del Riesgo a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Documentos Personales Cubiertos: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales la tarjeta de circulación del vehículo declarado, el pasaporte, visa, licencia de conducir, tarjetas bancarias y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Electrodoméstico: Es una máquina o aparato que permite realizar y agilizar algunas tareas domésticas de rutina diaria. Ayudan a preparar y cocinar alimentos, sirven para la limpieza del hogar y pueden ser utilizados por las instituciones, industrias y negocios, entre otros.

Equipo Electrónico Portátil: Es un tipo de computadora de tamaño pequeño con número de serie, con capacidades de procesamiento, con conexión a Internet, con memoria, diseñado específicamente para una función, pero que pueden llevar a cabo otras funciones más generales y puede ser fácilmente transportado por sus usuarios (como Lap Top, computadora de bolsillo, palm y Kindle). Se encuentra comprendido dentro de esta definición las Tabletas.

Extravío: Hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y/o custodia de un bien mueble propio cuando al haberse depositado o dejado en un sitio específico y, posteriormente, al ser buscado en dicho sitio ya no se encuentra (sin existir huellas de violencia que expliquen su desaparición o después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo).

Objetos Asegurados o Contenido Asegurado: Son aquellos bienes muebles propiedad del Titular del Riesgo que se encuentran dentro del Vehículo Declarado al momento del siniestro, con independencia de que el Titular del Riesgo se encontrare dentro o fuera del Vehículo Declarado cuando ocurra dicho siniestro, o estuviere o no manejando el Titular del Riesgo el Vehículo Declarado.

Se considera dentro de esta definición, y por lo tanto serán susceptibles de aseguramiento, los equipos electrónicos móviles sin IMEI (por sus siglas en inglés *International Mobile Equipment Identity*) (como son lap tops, palm, kindle, notebooks) ropa, calzado, maletas o bolsas (por ejemplo maletas del gimnasio, bolsos de mano, porta laptops, mochilas, portafolios, pañaleras); artículos deportivos, para transportar bebés (como sillas o carriolas) y demás objetos o bienes muebles diferentes o que no estén señalados en el numeral 6, de las exclusiones de esta cobertura.

No se considera dentro de esta definición:
1. **Documentos Personales Contenidos.**
2. **Las llaves del Vehículo Declarado, ni**
3. **Aquellos bienes mencionados en el numeral 6 de las exclusiones de esta misma cobertura.**

Robo de Contenido: Se refiere al Robo de los Objetos Asegurados comprendidos dentro del interior del Vehículo Declarado y que son propiedad del Titular del Riesgo.

Tableta: Dispositivo electrónico móvil que consume información por medio de datos con pantalla táctil, tiene un tamaño intermedio entre una laptop y el teléfono celular, permite la comunicación en algunos casos y el uso de aplicaciones y herramientas de trabajo propias de un ordenador o laptop.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI (Por sus siglas en inglés International *Mobile Equipment Identity*) que identifica dicho dispositivo.

Tercero: Para efectos de este seguro se entenderá como el hijo, cónyuge, concubino(a) o los padres del Titular del Riesgo. **No entra en esta definición cualquier otra persona que no esté en las categorías antes mencionadas.**

Valor Real: Cantidad que sería necesario erogar para reparar o reponer el bien robado por otro nuevo de igual o similar clase, calidad, tamaño y capacidad, deduciendo la depreciación física por uso, de acuerdo con la edad y las condiciones de mantenimiento que tenían los bienes, inmediatamente antes de ocurrir el siniestro.

Vehículo Declarado: Se refiere al vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado exclusivamente para el transporte particular de personas, que aparece descrito en la Carátula de la Póliza. **No entran dentro de esta definición aquellos vehículos destinados temporal o permanentemente al servicio privado o público de transporte de personas.**

Riesgo y Bienes Cubiertos

Al amparo de esta cobertura la Compañía indemnizará al Titular del Riesgo los Contenidos Asegurados, conforme a la forma de indemnización más adelante señalada, cuando:

A. El Titular del Riesgo, estando dentro del Vehículo Declarado, sufra Robo con Violencia de los Contenidos Asegurados.
B. Los Objetos Asegurados sean Robados sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del Riesgo Asegurado; siempre y cuando se haya dado Robo con Violencia al Tercero que estuviere dentro del Vehículo Declarado, o
C. Se haya hecho uso de fuerza del exterior al interior del Vehículo Declarado para cometer el delito, dejando señales visibles de dicha fuerza en el lugar por donde se perpetró (como rotura de cristales y/o chapa), sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del Riesgo o el Tercero.

El límite de Suma Asegurada, el Deducible, el número de Eventos amparados y el Periodo de carencia para esta cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La Compañía podrá actuar persiguiendo las responsabilidades del Robo de los Contenidos. **Es condición para que proceda la Indemnización de esta cobertura, que el Titular del Riesgo inicie las acciones legales que correspondan en contra del responsable o contra quienes resulten responsables.**

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura en

ningún caso amparará:

1. **Robo de Contenidos sin que medie el uso de fuerza del exterior al interior del Vehículo Declarado para cometer el Robo, en el caso de que el Titular del Riesgo o el Tercero no se encontraren en el Vehículo Declarado.**
2. **Cualquier daño material al Vehículo Declarado, Objetos Asegurados y/o Documentos Personales Contenidos.**
3. **El Robo de Contenidos Asegurados cuando éstos no se encuentren al momento del siniestro dentro del Vehículo Declarado.**
4. **El Robo con Violencia o Extravío de las llaves del Vehículo Declarado.**
5. **El reembolso o gasto por trámite de Documentos Personales Contenidos que hayan sido Robados con o sin Violencia.**
6. **Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**
   a) **Teléfonos celulares o electrodomésticos.**
   b) **Joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.**
   c) **Los animales y plantas naturales o sintéticas.**
   d) **Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.**
   e) **El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).**
   f) **Equipos especializados de ingeniería.**
   g) **Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción, que por su tamaño puedan ser transportados dentro del bolso o cartera.**
   h) **Facturas o testamentos.**
   i) **Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, cosméticos o bebidas.**

Forma de Indemnización de estaCobertura

La Compañía indemnizará a Valor Real, hasta el límite de la Suma Asegurada, en dinero y en una sola exhibición los Objetos Asegurados que hayan sido robados con violencia o bien, a satisfacción del Titular del Riesgo, podrá reponerlos por otros de similares características, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Para efectos de la presente cobertura se utilizará la siguiente tabla de depreciación:

Equipo Electrónico Portátil	De hasta 1 año: 0% Entre 1 y 3 años: 30% Entre 3 y 5 años: 60% Más de 5 años: 80%
Ropa, Calzado y Otros	De hasta 2 años: 50% Más de 2 años: 75%

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta Cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo. (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).

- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Tarjeta de Circulación o documento que identifique el Vehículo Declarado y al propietario de éste (Factura).
- Comprobante de pago de deducible (si es que aplica para la cobertura).
- Acta ante el Ministerio Público (Certificada) indicando las circunstancias de tiempo, modo, lugar del evento, propiedades robadas y detalle del vehículo en donde estaban los bienes robados.
- Fotografías o cualquier otra prueba respecto del daño ocasionado al cristal o chapa del Vehículo Declarado por el Robo con uso de fuerza exterior para cometerlo.
- Facturas, boletas de venta o recibos de compra, documentos de asignación, guías de remisión, estados de cuenta u otros documentos que demuestren la preexistencia de los Contenidos Asegurados.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia de una identificación para votar con fotografía y firma.

Cobertura de Robo Con Violencia o Extravío de las Llaves del Vehículo Declarado

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

Definiciones

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

Accesorios del Vehículo Declarado: Comprende cualquier parte o accesorio con los que el fabricante adapta originalmente a cada vehículo de acuerdo con el modelo y tipo específico que presenta al mercado, así como todos aquellos que modifican, refuerzan y/o mejoran la carrocería o estructura del vehículo por fuera o por dentro del mismo, instalados con posterioridad a la primera venta del vehículo al público.

Titular del Riesgo: Es la persona física que aparece como tal en la Carátula de la Póliza, que en caso de siniestro tiene derecho a la Indemnización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en este contrato.

Deducible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del Riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del Riesgo a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Extravío: Hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y/o custodia de un bien mueble propio cuando al haberse depositado o dejado en un sitio específico y, posteriormente, al ser buscado en dicho sitio ya no se encuentra (sin existir huellas de violencia que expliquen su desaparición o después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo).

Tercero: Para efectos de este seguro se entenderá como el hijo, cónyuge, concubino(a) o los padres del Titular del Riesgo. **No entra en esta definición cualquier otra persona que no esté en las categorías antes mencionadas.**

Valor Real: Cantidad que sería necesario erogar para reparar o reponer el bien robado por otro nuevo de igual o similar clase, calidad, tamaño y capacidad, deduciendo la depreciación física por uso, de acuerdo con la edad y las condiciones de mantenimiento que tenían los bienes, inmediatamente antes de ocurrir el siniestro.

El monto resultante no podrá ser mayor que el valor comercial del bien o de mercado al momento del siniestro.

Vehículo Declarado: Se refiere al vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado exclusivamente para el transporte particular de personas, que aparece descrito en la Carátula de la Póliza. **No entran dentro de esta definición aquellos vehículos destinados temporal o permanentemente al servicio privado o público de transporte de personas.**

Bienes y Riesgo Cubierto

Al amparo de esta cobertura la Compañía indemnizará a reembolso el monto que haya pagado el Titular del Riesgo para la reposición de la llave que extravió o fue Robada con Violencia previa entrega de la copia del comprobante de pago a la Aseguradora, cuando:

A. Le Roben al Titular del Riesgo o al Tercero con Violencia las llaves del Vehículo Declarado, o
B. Sufra el Titular del Riesgo el Extravío de las llaves del Vehículo Declarado.

El límite de Suma Asegurada, Deducible y el número de Eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza. Así mismo, esta cobertura puede tener un Periodo de Carencia, el cual en caso de aplicar se encontrará en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. **Llaveros y cualquier accesorio o elemento decorativo de la llave del Vehículo Declarado.**
2. **Otras llaves que se encontraran en el mismo llavero o porta llaves al momento del siniestro.**
3. **Duplicados de la llave del Vehículo Declarado.**
4. **Llaves que no sean de propiedad del Titular del Riesgo o del vehículo declarado.**

A. Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

B. Para el caso de Robo con Violencia, además de lo señalado en el inciso A. anterior:

- Acta ante el Ministerio Público (Certificada) indicando las circunstancias de tiempo, modo, lugar del evento y propiedades robadas.
- Factura o recibo de pago, con fecha posterior al periodo de carencia especificado en la Carátula de la Póliza, de la compra de la llave nueva para el Vehículo Declarado.

C. Para el caso de Extravío, además de lo señalado en el inciso A. anterior:
- Declaración de los Hechos sobre el extravío de las llaves, firmado y fechado.
- Factura o recibo de pago de la compra de la llave nueva que fue reemplazada con fecha posterior a la vigencia de este contrato.

Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Contenidos en Automóvil
Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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

Accesorios del Vehículo Declarado: Comprende cualquier parte o accesorio con los que el fabricante adapta originalmente a cada vehículo de acuerdo con el modelo y tipo específico que presenta al mercado, así como todos aquellos que modifican, refuerzan y/o mejoran la carrocería o estructura del vehículo por fuera o por dentro del mismo, instalados con posterioridad a la primera venta del vehículo al público.

Titular del Riesgo: Es la persona física que aparece como tal en la Carátula de la Póliza, que en caso de siniestro tiene derecho a la Indemnización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en este contrato.

Documentos Personales Contenidos: Se entenderá como la tarjeta de circulación del Vehículo Declarado, la visa, pasaporte o licencia de conducir del Titular del Riesgo, cualquier tarjeta de crédito o débito del Titular del riesgo u otro documento personal que para su reexpedición o reposición requiera un pago por parte del Titular del Riesgo asegurado.

Extravío: Hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y/o custodia de un bien mueble propio cuando al haberse depositado o dejado en un sitio específico y, posteriormente, al ser buscado en dicho sitio ya no se encuentra (sin existir huellas de violencia que expliquen su desaparición o después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo).

Robo de Contenido: Se refiere al Robo de los Objetos Asegurados comprendidos dentro del interior del Vehículo Declarado.

Tercero: Para efectos de este seguro se entenderá como el hijo, cónyuge, concubino(a) o los padres del Titular del Riesgo. **No entra en esta definición cualquier otra persona que no esté en las categorías antes mencionadas.**

Vehículo Declarado: Se refiere al vehículo motorizado de 4 (cuatro) ruedas en 2 (dos) ejes, utilizado exclusivamente para el transporte particular de personas, que aparece descrito en la Carátula de la Póliza. **No entran dentro de esta definición aquellos vehículos destinados temporal o permanentemente al servicio privado o público de transporte de personas.**

Riesgo Cubierto
Al amparo de esta cobertura la Compañía reembolsará al Titular del Riesgo, el costo de los gastos que haya efectuado a efecto de obtener la reposición o reexpedición de los Documentos Personales Contenidos, cuando:

A. El Titular del Riesgo, estando dentro del Vehículo Declarado, sufra Robo con Violencia de los Documentos Personales Contenidos.

B. Los Documentos Personales Contenidos sean Robados sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del Riesgo; siempre y cuando se haya dado Robo con Violencia al Tercero que estuviere dentro del Vehículo Declarado, o
C. Se haya hecho uso de fuerza del exterior al interior del Vehículo Declarado para cometer el delito, dejando señales visibles de dicha fuerza en el lugar por donde se perpetró (como rotura de cristales y/o chapa), sin que estuviere dentro del Vehículo Declarado el Titular del Riesgo o el Tercero.

El límite de Suma Asegurada y el número de Eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. **Cualquier reembolso de Documentos Personales Contenidos cuando éstos no se encontraren al momento del siniestro dentro del Vehículo Declarado.**
2. **Multas o cargos de trámites acelerados.**
3. **Facturas o Testamentos.**

Documentos para el pago de la indemnización de esta cobertura

- Formulario de aviso de siniestro donde se relata lo sucedido.
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Copia del documento de identificación (Pasaporte, Credencial para votar (INE), Cédula Profesional, Cartilla Militar) del Titular del Riesgo.
- Tarjeta de Circulación o documento que identifique el Vehículo Declarado y al propietario de éste (Factura).
- Recibos y documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades, autoridades, instituciones respectivas y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando INE.

Cobertura de Robo Con Violencia de Efectivo Retirado en Cajero Automático o en Sucursal Bancaria

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

Definiciones

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

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Asegurado.

Punto Alterno de Retiro: Significa cajas o ventanillas de supermercados, de tiendas de conveniencia y de cualquier otro establecimiento en donde se pueda efectuar cualquier retiro, disposición y/o entrega de efectivo por cualquier concepto. **No se considera un Punto Alterno de Retiro un Cajero Automático o una Sucursal Bancaria.**

Sucursal Bancaria: Instalación de la Institución Bancaria, la cual está destinada a la atención de personas que contratan o llevan a cabo operaciones y servicios prestados por la Institución Bancaria, en las cuales se llevan a cabo, entre otras cosas, manejo de efectivo. **No se considera Sucursal Bancaria, las oficinas administrativas de atención al público de las Instituciones Bancarias en donde no se lleve a cabo el manejo de efectivo o valores.**

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por la Institución Bancaria, las cuales el Titular del Riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad. **No entran dentro de esta definición las tarjetas comerciales o departamentales que no sean emitidas por una Institución Bancaria.**

Al amparo de esta cobertura sólo estará amparado el efectivo retirado de las Tarjetas del Titular del Riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tenga cobertura y esté amparado el efectivo retirado de las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del Riesgo Asegurado a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Titular del Riesgo Asegurado el Daño Patrimonial que sufra en caso de que sea víctima de Robo con Violencia del efectivo que haya dispuesto previamente utilizando su Tarjeta, ya sea en un Cajero Automático o en la ventanilla de una Sucursal Bancaria (siempre que la sucursal sea de la Institución Bancaria señalada en la Carátula de la Póliza).

Para que proceda la cobertura, el Robo con Violencia del efectivo no podrá ser superior a 5 (cinco) horas siguientes al momento de haber efectuado el retiro del efectivo en el Cajero Automático o en la Sucursal Bancaria, salvo que se estipule otra temporalidad en la Carátula de la Póliza.

La Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Importes o montos relativos a gastos de administración, intereses, anualidades, comisiones u otros similares respecto de las Tarjetas.**
2. **Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo respecto de sus Tarjetas o adicionales que no estén estipuladas o descritas en la Carátula de la Póliza.**
3. **Que algún cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo, haya tenido participación y/o beneficio por el que se haya generado el siniestro.**

4. **El Robo con Violencia de efectivo ocurrido a una persona distinta al Titular del Riesgo, cotitulares o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo (salvo que esté amparado el efectivo retirado de las Tarjetas adicionales, por haberlo solicitado así el Titular del Riesgo y se hayan estipulado o descrito tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza).**
5. **La pérdida de cualquier cantidad de dinero que se tuviere al momento de ocurrir el delito y que no sea el comprobado como retirado del Cajero Automático o de la ventanilla de la Sucursal Bancaria.**
6. **El Robo con Violencia de efectivo que se realice fuera del rango de horas señalado en la cobertura o, en su caso, en la Carátula de la Póliza.**
7. **En caso de más de una disposición en el mismo Cajero Automático o en ventanilla de Sucursal Bancaria en plazo menor de 24 horas, no se cubrirán las disposiciones posteriores a la primera disposición de efectivo.**
8. **Robos con Violencia de efectivo en que no se puedan acreditar.**
9. **Robo con Violencia de efectivo retirado en una Sucursal Bancaria distinta a la Institución Bancaria señalada en la Carátula de la Póliza o en Puntos Alternos de Retiro.**
10. **Pérdidas que no sean constitutivas de delito de Robo Con Violencia, tales como Robo sin Violencia, extravíos u otros delitos.**

Documentos para el pago de la indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo. (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) que indique las fechas y horas exactas de los movimientos o retiros realizados en el Cajero Automático o Sucursal Bancaria.
- Para el caso de retiro de efectivo en Sucursal Bancaria, se deberá acreditar el monto que dispuso el Titular del Riesgo en la Institución Bancaria señalada en la Carátula, con boletas, recibos, comprobantes, etc.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Robo Con Violencia de Cartera o Bolso y Contenidos de Uso Personal

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

Definiciones

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

Bolso o Cartera: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, billetera, bolsa o bolsa de mano.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Deducible: Es la participación económica, que podrá ser un porcentaje de la Suma Asegurada o importe fijo, a cargo del Titular del Riesgo y que se establece para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, debiendo ser liquidado por el Titular del Riesgo a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Depreciación: Es el demérito o pérdida de valor de un bien por su uso, deterioro o transcurso del tiempo.

Documentos Personales Cubiertos: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Equipo Electrónico: Todos aquellos equipos o aparatos que se alimente de la red eléctrica o de baterías, realizan funciones complejas a través de circuitos electrónicos, tales como: medición, manejo de datos, etc.

Equipo Electrónico Portátil: Es un tipo de computadora de tamaño pequeño con número de serie, con capacidades de procesamiento, con conexión a Internet, con memoria, diseñado específicamente para una función, pero que pueden llevar a cabo otras funciones más generales y puede ser fácilmente transportado por sus usuarios (como Lap Top, computadora de bolsillo, palm y Kindle).

Extravío: El hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

IMEI (Por sus siglas en inglés *International Mobile Equipment Identity*): Código pregrabado en los dispositivos móviles GSM (por sus siglas en inglés, *Global System for Mobile communications*). Este código identifica al dispositivo móvil de forma exclusiva a nivel mundial, y es transmitido por el aparato a la red al conectarse a ésta.

Sublímite: Monto o cantidad máxima a indemnizar que forma parte de la Suma Asegurada por Evento, el cual aplica para Teléfonos Celulares. El sublímite no incrementa la Suma Asegurada por Evento y se encontrará indicado en la Carátula de la Póliza.

Tableta: Dispositivo electrónico móvil que consume información por medio de datos con pantalla táctil, tiene un tamaño intermedio entre una laptop y el teléfono celular, permite la comunicación en algunos casos y el uso de aplicaciones y herramientas de trabajo propias de un ordenador o laptop.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo puede utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura la Aseguradora solo reembolsará al Titular del Riesgo los montos que haya pagado para la reexpedición de las Tarjetas del Titular del Riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza y que hayan estado dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI que identifica dicho dispositivo.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Valor Real: Es el valor de un bien, partiendo de su valor actual de nuevo menos la depreciación sufrida por uso o factores internos o externos que disminuyan su valor.

Valor de Reposición: Es la cantidad que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma clase y capacidad.

Bienes y Riesgo Cubiertos

La Compañía indemnizará a Valor Reposición al Titular del Riesgo por el Daño Patrimonial que sufra en caso de que le sea Robado con Violencia su Bolso o su Cartera, y los Documentos Personales portados dentro de éstos, así como otros contenidos de uso personal, de acuerdo con lo siguiente:

La Compañía otorgará cobertura con respecto a todos los objetos contenidos en un Bolso especificados en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando se compruebe su existencia y propiedad por parte del Titular del riesgo, cuando hayan sido objeto de Robo con Violencia. **En caso de documentos personales, será necesario que éstos hayan estado dentro del bolso o cartera al momento del siniestro.** La indemnización podrá consistir en el pago de dinero efectivo a Valor Reposición o, a satisfacción del Titular del Riesgo, la Aseguradora podrá reemplazar y/o reponer los objetos robados.

La Suma Asegurada por Evento, el Deducible, el número de Eventos amparados, el periodo de carencia (si llegare a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

En caso de siniestro, esta cobertura cubrirá una Tableta o un Teléfono Celular del Titular del Riesgo hasta el Sublímite señalado en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Daño producido a los objetos contenidos en la cartera o bolso.**
2. **Retiro de efectivo y/o compras realizadas con las Tarjetas que estuvieran contenidas dentro del Bolso o Cartera Robado.**
3. **Los artículos, elementos o bienes que no sean de propiedad del Titular del Riesgo.**
4. **Equipo Electrónico que no entre en la definición de Equipo Electrónico Portátil.**
5. **Alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes aun cuando estuvieren dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**

- **Joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.**
- **Ropa, artículos de vestir o accesorios.**
- **Los animales y plantas naturales o sintéticas.**
- **Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.**
- **El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).**
- **Equipos especializados de ingeniería que por su tamaño quepan dentro del Bolso o Cartera.**
- **Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción, que por su tamaño puedan ser transportados dentro del bolso o cartera.**
- **Facturas o testamentos.**
- **Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, cosméticos o bebidas.**

Documentos para el pago de Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar, siendo indispensable que se declare en la denuncia los objetos o Documentos personales que fueron Robados.
- Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de los documentos personales robados tales como: Pasaporte, Licencia de Conducir, Tarjetas u otro documento que requiera realizar un pago para su expedición.
- Factura de compra de los bienes robados o declaración firmada por inexistencia de las facturas. En caso de no tener las facturas de compra debe presentar un soporte que evidencie la existencia de los bienes reclamados: fotos, manuales, accesorios, etc.
- 3 cotizaciones de cada uno de los bienes robados.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de su identificación oficial vigente con fotografía y firma.
- Para el caso de Teléfonos Celulares se requiere indispensablemente acreditar la cancelación del IMEI del Teléfono Celular robado (se puede obtener una pantalla de la página: **www.ift.org.mx/imei**).

Cobertura de Gastos por Trámite de Documentos Personales por Asalto, Hurto o Extravío

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

Definiciones

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

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Bolso o Cartera: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, cartera, billetera, bolsa o bolsa de mano.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Documentos Personales Cubiertos: Para efectos de este seguro se entenderá como documentos personales el pasaporte, visa, licencia de conducir, Tarjetas y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta y/o cheque, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo puede utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura la Aseguradora solo reembolsará al Titular del Riesgo los montos que haya pagado para la reexpedición de las Tarjetas del Titular del Riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza y que hayan estado dentro del Bolso o Cartera al momento del siniestro.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Riesgo Cubierto

Si al momento del Asalto, Hurto o Extravío del Bolso o Cartera del Titular del Riesgo se sustrajeran o extraviaran los documentos personales del Titular del Riesgo, la Compañía le pagará, el costo de los gastos efectuados a efecto de obtener la reposición de los documentos personales.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (si éste último llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura se pagará contra recibos y documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades respectivas y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Reembolso de Multas o cargos de trâmites acelerados.**
2. **Facturas o Testamentos.**
3. **Retiro de efectivo y/o compras realizadas con las Tarjetas que estuvieran contenidas dentro del Bolso o Cartera robado.**

Documentos para el pago de la Indemnización

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de dichos documentos.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma..

Cobertura de Robo Con Violencia de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada

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

Definiciones

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

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad de objeto múltiple que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparados los productos adquiridos con las Tarjetas del Titular del Riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tengan cobertura y estén asegurados los productos adquiridos con las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del Riesgo a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Teléfono Celular: Dispositivo electrónico móvil de dimensiones menores a una tableta que permite la comunicación y el uso de aplicaciones, que tiene un IMEI (*International Mobile Station Equipment* Identity en inglés) que identifica dicho dispositivo.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Riesgo Asegurado
La Aseguradora indemnizará al Titular del Riesgo el importe de los productos previamente adquiridos con la Tarjeta que hayan sido objeto de Robo con Violencia y solo si ese evento ocurre dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento de la compra, salvo que se estipule otra temporalidad en la Carátula de la Póliza.

El límite máximo por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (si este último llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Productos, servicios o artículos comprados o adquiridos mediante extorsión y/o cualquier otro vicio de la voluntad y/o consentimiento del Titular del Riesgo.**
2. **No se cubrirá la compra de pieles, boletos de transporte, cupones de gasolina, así como cualquier objeto destinado a la reventa. Tampoco se encuentran cubiertos los Robos a bienes asegurados en el transcurso de su transporte, traslado o desplazamiento por el vendedor o sus encargados.**
3. **Extravío de los bienes o pérdidas sean consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.**
4. **Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes bienes, salvo pacto en contrario en la Carátula:**
   a) **Las joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.**
   b) **Pérdidas parciales en ropa, artículos de vestir o accesorios.**
   c) **Los animales y plantas naturales o sintéticas.**
   d) **Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.**
   e) **El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).**
   f) **Equipos especializados de ingeniería.**
   g) **Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción.**
   h) **Los vehículos de motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos (vehículos motorizados, motocicletas, lanchas o aviones, etc.).**
   i) **Teléfonos Celulares.**
   j) **Llantas o autopartes.**
   k) **Reposición de facturas, testamentos y cualquier otro documento no mencionado expresamente en la cobertura.**
   l) **Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, bebidas.**

Documentos para el pago de la Indemnización
- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).

- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Presentar actuaciones del Ministerio Público indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- Original o copia de la factura, recibo, ticket o comprobante de pago en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado. En el caso que se adquiera más de un producto mediante un solo comprobante de compra, presentar el comprobante de pago detallado extendido por el establecimiento donde se efectuó la compra.
- En caso de que la compra se hiciera con tarjeta de crédito o débito, original o copia del estado de cuenta o extracto bancario en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Daño Accidental de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada

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

Definiciones

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

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Códigos, Claves o NIPS´s: Serie de datos compuestos por letras y/o números, de carácter confidencial, y establecidos entre el Titular del Riesgo, los Cotitulares y la Institución Bancaria como medio de acceso o identificación.

Daño Accidental: Todo daño material que provenga de un hecho súbito, imprevisible e irreversible. **No se considerará daño accidental a aquel que haya sido causado intencionalmente por el Titular del Riesgo.**

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y custodia de un bien mueble, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarlo.

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad de objeto múltiple que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Sucursal Bancaria: Instalación de la Institución Bancaria, la cual está destinada a la atención de personas que contratan o llevan a cabo operaciones y servicios prestados por la Institución Bancaria, en las cuales se llevan a cabo, entre otras cosas, manejo de efectivo. **No se considera Sucursal Bancaria, las oficinas administrativas de atención al público de las Instituciones Bancarias en donde no se lleve a cabo el manejo de efectivo o valores.**

Tarjeta: Significan las de crédito o débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en Cajeros Automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparados los Daños Accidentales de los productos adquiridos con las Tarjetas del Titular del Riesgo que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tengan cobertura y estén amparados los Daños Accidentales de los productos adquiridos con las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del Riesgo a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene el derecho de recibir la indemnización de esta cobertura.

Riesgo Cubierto

La Compañía cubrirá el Daño Accidental que sufran los bienes que hayan sido adquiridos con la Tarjeta, siempre y cuando el evento ocurra dentro del número de días naturales que aparezcan en la Carátula de la Póliza, los cuales comenzarán a contar a partir del momento de la adquisición de los mismos.

Para efectos de valuación de los daños causados a los bienes que hayan sido adquiridos con la Tarjeta, el Titular del Riesgo deberá presentar los bienes ante un servicio técnico autorizado por la marca del bien a fin de que se realice el diagnóstico correspondiente y se determine:

a) **Pérdida Parcial**
   En caso de que el costo de la reparación sea menor al 75% del costo del bien asegurado, reflejado en la factura, estado de cuenta o extracto de la Tarjeta, la Compañía pagará al Titular del Riesgo el valor del costo de la reparación, previa presentación del recibo o factura que acredite dicha reparación, sin que exceda el monto de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

b) **Pérdida Total**
   En caso de que el costo de la reparación sea igual o mayor al 75% del costo del bien asegurado, reflejado en la factura, estado de cuenta o extracto de la tarjeta, la Compañía indemnizará dicha cantidad, sin exceder de la Suma Asegurada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza.

La indemnización de bienes que formen parte de pares, juegos o conjuntos, serán liquidados conforme al precio total de compra del par, juego o conjunto en el caso que los bienes dañados resulten irreemplazables individualmente y conviertan al resto en conjunto inutilizable.

Si después de sufrir un Daño Accidental los bienes asegurados se reparan por el Titular del Riesgo o por un tercero en forma provisional y continúan funcionando, la Compañía no será responsable en caso alguno por cualquier daño que éstos sufran posteriormente hasta en tanto la reparación se haga en forma definitiva, excepto si la Compañía da instrucciones por escrito para tal efecto. Si de cualquier reparación definitiva de los bienes hecha por el Titular del Riesgo deriva una agravación esencial del riesgo, será aplicable lo dispuesto en la cláusula "Agravación del Riesgo" del producto de seguro.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados para esta cobertura, el monto mínimo del valor del bien para efectos de que opere la cobertura y el periodo de carencia (si llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de "daños", esta cobertura, en ningún caso amparará:

1. **Daños por el uso normal o desgaste natural de los bienes asegurados.**
2. **Daños que provengan de contaminación radioactiva.**
3. **Daños provenientes de los vicios o defectos propios de los bienes asegurados, que deriven de una defectuosa fabricación o que generen la responsabilidad de garantía del fabricante, productor, expendedor y/o distribuidor.**
4. **Pérdidas o daños causados por uso, abuso, deterioro gradual, vicio propio, oxidación, herrumbre, corrosión, enmohecimiento, humedad atmosférica o congelamiento de los bienes asegurados y daños puramente mecánicos parciales.**
5. **Por daños que se manifiesten como defectos estéticos, que no comprometan la funcionalidad del bien asegurado, tales como manchas, rayones, decoloración, efectos causados por sol, agua y humedad, ralladuras a superficies pintadas, pulidas o esmaltadas. Sólo serán indemnizadas cuando sobrevengan a consecuencia de un siniestro indemnizable en los términos de esta Póliza y que haya afectado también otras partes del bien asegurado e impida el correcto y normal funcionamiento del mismo.**
6. **Los Daños Accidentales a bienes cuya compra se efectuare con tarjetas diferentes a las señaladas o descritas en la Carátula de la Póliza.**
7. **Daños ocurridos como consecuencia de la manipulación o alteración del bien o producto original, por parte de Titular del Riesgo o un tercero, o agravación del riesgo por no seguir las instrucciones del fabricante.**
8. **Servicios complementarios a los bienes adquiridos tales como, instalación, garantía del fabricante, mantenimiento y otros.**
9. **Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes, salvo pacto contrario en la Carátula de la Póliza:**
   a) **Las joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.**
   b) **Pérdidas parciales en ropa, artículos de vestir o accesorios.**
   c) **Los animales y plantas naturales o sintéticas.**
   d) **Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.**
   e) **El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).**
   f) **Equipos especializados de ingeniería.**
   g) **Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción.**
   h) **Los vehículos de motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos (vehículos motorizados, motocicletas, lanchas o aviones, etc.).**
   i) **Teléfonos móviles o celulares.**
   j) **Llantas y autopartes.**
   k) **Bienes consumibles tales como medicamentos, alimentos, bebidas.**
10. **Cuando los bienes objeto de reclamación hayan sido perdidos o Extraviados.**
11. **Cuando las pérdidas sean consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.**
12. **Reposición de facturas, testamentos y cualquier otro documento no mencionado expresamente en la cobertura.**

Documentos para el pago de la Indemnización por esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza, en caso de contar con ella.
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Original o copia de la factura, recibo, ticket o comprobante de pago en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado. En el caso que se adquiera más de un producto mediante un solo comprobante de compra, presentar el comprobante de pago detallado extendido por el establecimiento donde se efectuó la compra.
- En caso de que la compra se hiciera con tarjeta de crédito o débito, original o copia del estado de cuenta o extracto bancario en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado.
- En caso de un posible evento de daño accidental, dictamen técnico y presupuesto de reparación de los bienes afectados (El Presupuesto deberá ser un documento fechado que señale el concepto y el costo de reparación del bien, que consigne la descripción de la reparación del bien afectado desglosando los conceptos de refacciones, piezas, accesorios, precio y valor unitario del mismo, mano de obra y materiales, etc. El documento debe ser expedido por persona física o moral, llámese especialista o comercio debidamente establecido: en hoja membretada que incluya el nombre del especialista o del comercio, dirección, teléfono o correo electrónico, RFC y con la razón social o con el nombre completo y firma del especialista que elaboró el presupuesto).
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de su identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Uso Indebido de Tarjeta por Asalto

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

Definiciones

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

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio alterno de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite la tarjeta de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y custodia de su Tarjeta, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Institución Bancaria: Es la institución de banca múltiple o sociedad financiera de objeto múltiple, debidamente autorizadas para su funcionamiento, que emite tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

LOG de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con Tarjetas.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparadas por Uso Indebido las Tarjetas del Titular del Riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tenga cobertura y estén amparadas las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del Riesgo asegurado a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria o Casa Comercial, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del Riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas Adicionales, en un establecimiento comercial o en Cajeros Automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de Asalto de las Tarjetas.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (éste último si llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura sólo ampara las pérdidas que el Titular del Riesgo sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo, salvo que se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

Exclusiones

Además de las exclusiones generales para las coberturas de “daños”, esta cobertura en ningún caso amparará:

1. **Pérdidas cuando en el Asalto hayan intervenido empleados del Emisor de la Tarjeta.**
2. **Pérdidas cuando hayan sido Robadas sin Violencia las Tarjetas o las mismas hayan sido Extraviadas.**

3. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del Riesgo.**
4. **Pérdidas por Robo sin Violencia.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- Reporte LOG de autorización del Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Uso Indebido de Tarjeta por Hurto o Extravío

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

Definiciones

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

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Institución Bancaria, que proporciona a los clientes un medio alterno de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Extravío: El hecho por el cual el Titular del Riesgo pierde la posesión y custodia de su Tarjeta, después de haber

efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

LOG de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con Tarjetas.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el Titular del Riesgo Asegurado, cotitular o una persona adicional autorizado por el Titular del Riesgo, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de esta cobertura sólo estarán amparadas por Uso Indebido las Tarjetas del Titular del Riesgo Asegurado que se estipulen o describan en la Carátula de la Póliza. Para que tenga cobertura y estén amparadas las Tarjetas adicionales, será necesario que así lo solicite el Titular del Riesgo Asegurado a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas adicionales en la Carátula de la Póliza.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria o Casa Comercial, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del Riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, en un establecimiento comercial o en Cajeros Automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de su Hurto o Extravío de las Tarjetas.

La Suma Asegurada, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (éste último si llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura sólo ampara las pérdidas que el Titular del Riesgo sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños patrimoniales cuando el Uso indebido hay sido por Asalto de las Tarjetas.**
2. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del Riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia), en donde relate el Hurto o Extravío.
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- Reporte LOG de autorización del Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando INE.

Cobertura de Falsificación y/o Adulteración Física de la Tarjeta y/o Impresión Múltiple de Vouchers

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

Definiciones

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

Adulteración del Plástico: cuando un tercero modifique sin el consentimiento del Titular del Riesgo una Tarjeta emitida válidamente por un Emisor.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Banda Magnética: Banda presente en la Tarjeta que puede ser leída mediante contacto físico, pasándola a través de una cabeza lectora o terminal punto de venta.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta puede ofrecer a sus clientes créditos, los cuales el cliente podrá disponer a través de una Tarjeta.

Chip: Circuito electrónico de material semiconductor, especialmente silicio, en forma de cubo minúsculo, que, combinado con otros componentes, forma un sistema integrado más complejo y realiza una función electrónica específica, en el caso de las Tarjetas este dispositivo forma parte de un mecanismo de seguridad en el procesamiento de las transacciones.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Falsificación del Plástico: cuando un tercero realice una confección física de una Tarjeta que ha sido estampada en relieve o impreso.

Log de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con Tarjetas.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el titular o una persona adicional autorizado por el titular, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de este seguro sólo estarán amparadas las Tarjetas del Asegurado Titular que se estipulen o describan en la Carátula. Para que tengan cobertura y estén aseguradas las Tarjetas Adicionales será necesario que así lo solicite el Asegurado Titular a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas Adiciones en la Carátula.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria o Casa Comercial, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del Riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

Esta cobertura tiene tres tipos de variedades según se describe a continuación:

- **Falsificación y/o Adulteración del Plástico**
  La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso indebido o Fraudulento de sus Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, a consecuencia de Falsificación y/o Adulteración del plástico por parte de un tercero.

- **Falsificación y/o Adulteración de la Banda Magnética y/o Chip**
  La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por el Uso Indebido o Fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales, a través de medios de autorización y/o captura electrónica, tales como P.O.S. (*Point of Sale*) o cajeros automáticos, a consecuencia de la Falsificación, Adulteración y/o copia de la banda magnética y/o chip por parte de un tercero.

- **Impresión Múltiple de Vouchers**
  La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo en el evento que por concepto de una misma transacción efectuada (por el Titular del Riesgo o por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo), un tercero proceda a la impresión múltiple de vouchers utilizando la máquina imprinter o P.O.S. (*Point of Sale*) efectuadas en un determinado local, sin que el Titular del Riesgo o los cotitulares o las personas adicionales autorizadas por el Titular del Riesgo se percate(n) de ello, y que producto de la venta de los mismos vouchers se realicen transacciones fraudulentas en el mismo o en diferentes locales a nivel nacional y/o internacional.

En los tres tipos de variedades señalados en esta cláusula, el seguro cubrirá las pérdidas ocurridas desde la fecha de la primera transacción Fraudulenta hasta 60 (sesenta) días naturales siguientes y/o hasta la fecha de vencimiento del estado de cuenta que refleje los cargos indebidos, lo que ocurra primero.

El límite máximo por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (éste último si llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo.

Exclusiones
Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Pérdidas por la Falsificación y/o Adulteración de Tarjetas por parte de empleados del Emisor de las mismas.**
2. **Pérdidas por la impresión Múltiple de Vouchers que hubieren realizado empleados del Emisor de las Tarjetas.**
3. **Pérdidas por fallas en el Software o Hardware del Emisor y por lo cual se haya generado la impresión múltiple de Vouchers.**
4. **Daños patrimoniales derivados de la pérdida o robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
5. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del Riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por la cobertura.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- Reporte LOG de autorización del Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Transferencias Electrónicas

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

Definiciones

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

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Emisor: Es la Institución Bancaria señalada en la Carátula que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Institución Bancaria: Es cualquier Institución de Banca Múltiple, Institución de Banca de Desarrollo y/o Sociedades Financieras de Objeto Múltiple.

LOG de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con Tarjetas.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Transferencia Electrónica de Fondos no reversible no autorizada por el Asegurado: Transferencia de fondos vía electrónica realizada por un tercero sin el consentimiento del Asegurado, mediante el uso ilícito de los Códigos, Claves y/o NIP convenidos entre la Institución Bancaria y el Asegurado en relación con el contrato que tengan celebrado. Dicha transferencia debe concretarse a través de la red mundial de comunicación conocidacomo Internet, desde el sitio oficial de la Institución Bancaria relacionada a la cuenta y mediante el uso de una computadora personal, siempre que los fondos transmitidos no puedan ser recuperados por la Institución Bancaria por cualquier medio legal, de la cuenta destino a la cuenta de origen.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Asegurado por transferencias electrónicas de fondos no reversibles no autorizadas por éste a través del sitio de internet de la Institución Bancaria.

Esta cobertura única y exclusivamente (i) aplicará para cuentas aperturadas en la Institución Bancaria para transferencias electrónicas; y (ii) regirá para Transferencias Electrónicas de Fondos no reversible no autorizadas por el Titular del Riesgo, y está limitada al número de Eventos y Límites máximos por evento señalados en la Carátula de la Póliza.

Para hacer efectiva esta cobertura, el Titular del Riesgo dispone de un máximo de 60 (sesenta) días naturales, contados a partir de la fecha de corte mensual de la cuenta respectiva del Titular del Riesgo, en donde aparezca la(s) transacción(es) no autorizada(s).

El Titular del Riesgo deberá comprobar fehacientemente la no autorización de la operación mediante una denuncia presentada ante el Ministerio Público, autorizando a la Aseguradora a solicitar todo tipo de evidencia para comprobar dicha operación. Asimismo, el Titular del Riesgo se obliga a proporcionar los elementos que le sean solicitados por las autoridades que intervengan en la atención de la denuncia con la finalidad de integrar debidamente la Carpeta de Investigación.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (éste último si llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura incluye las pérdidas que el Titular del Riesgo sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones
Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños patrimoniales derivados de la pérdida o robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
2. **Daños patrimoniales causados por empleados del Emisor.**
3. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del Riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos de las transferencias no reconocidas conforme a lo establecido por la cobertura.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos de las transferencias no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- Reporte LOG de autorización del Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Compras Fraudulentas por Internet o por Teléfono
Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

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

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Emisor: Es la Institución Bancaria o Casa Comercial señalada en la Carátula que emite las tarjetas de crédito, débito u otorga cuentas de ahorro o cuentas corrientes al Titular del Riesgo.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito, débito operadas por el Emisor, las cuales el titular o una persona adicional autorizado por el titular, pueden utilizar para la adquisición de bienes, servicios y/o realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Al amparo de este seguro sólo estarán amparadas las Tarjetas del Asegurado Titular que se estipulen o describan en la Carátula. Para que tengan cobertura y estén aseguradas las Tarjetas Adicionales será necesario que así lo solicite el Asegurado Titular a la Aseguradora y se estipulen o describan tales Tarjetas Adiciones en la Carátula.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

LOG de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con Tarjetas.

Uso Indebido o Fraudulento: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Titular del Riesgo, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

La Compañía se obliga a pagar el Daño patrimonial que sufra el Titular del Riesgo por compras efectuadas vía internet o vía telefónica mediante el Uso indebido, por parte de un tercero, de la(s) Tarjeta(s) del Titular Riesgo y/o las Tarjetas adicionales.

La Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (éste último si llegara a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

La cobertura sólo ampara las pérdidas que el Titular del Riesgo sufra dentro de los 60 (sesenta) días previos al Aviso de Bloqueo.

Se cubrirán compras efectuadas vía Internet o vía telefónica realizadas en el territorio nacional y/o internacional salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños patrimoniales derivados de la pérdida o robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
2. **Pérdidas cuando el Uso Fraudulento de las Tarjetas haya sido realizado por los empleados del Emisor de las Tarjetas.**
3. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de la Tarjeta al Titular del Riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida del Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por la cobertura.
- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento.
- Reporte Aviso de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por el Emisor correspondiente.
- Reporte LOG de Autorización del Emisor correspondiente.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cobertura de Uso Indebido de Cheques Producto de Asalto, Hurto o Extravío

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

Definiciones

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

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Aviso de Bloqueo: Notificación realizada por el Titular del Riesgo o, en caso de ser posible, por el cotitular o una persona adicional autorizada por el Titular del Riesgo al Emisor para interrumpir el acceso a la cuenta bancaria o tarjeta, evitando así que con la misma se puedan realizar consumos o disposiciones.

Cheque: Título de crédito nominativo o al portador, en cuyos términos el Titular del Riesgo da a la Institución Bancaria una orden incondicional de pagar una suma determinada de dinero con cargo a los fondos que éste mantiene en la cuenta contratada con la Institución Bancaria y que es objeto de este contrato de seguro. **No se Incluyen cheques de viajero.**

Emisor: Es la Institución Bancaria señalada en la Carátula que emite cheques al Titular del Riesgo, ya sea por una cuenta de ahorro, corriente o de débito.

Extravío: El hecho por el cual el Asegurado pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta y/o cheque, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones o acciones razonables y necesarias para encontrarla(s).

Hurto: Se entenderá como Robo sin Violencia de un bien mueble ajeno.

Institución Bancaria: Es cualquier Institución de Banca Múltiple, Institución de Banca de Desarrollo y/o Sociedades Financieras de Objeto Múltiple.

LOG de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con Tarjetas.

Titular del Riesgo: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que tiene celebrado un contrato con una Institución Bancaria, y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar Tarjetas como el titular.

Uso Indebido o Fraudulento: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta o cuenta bancaria del Asegurado, en perjuicio de este último.

Riesgo Cubierto

En el evento que el Titular del Riesgo reporte pérdidas de dinero por la utilización de uno o más Cheques, como consecuencia de Asalto, Hurto o Extravío, la Compañía se obliga a indemnizar los montos cobrados de manera fraudulenta durante las 72 (setenta y dos) horas previas al Aviso de Bloqueo a la Institución Bancaria.

El límite máximo por evento, el número de eventos amparados y el periodo de carencia (este último si llegare a aplicar para esta cobertura) se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

Se cubrirá el Uso Indebido o Fraudulento realizado en todo el territorio nacional salvo se especifique lo contrario en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Daños patrimoniales derivados de la pérdida o robo de los datos de las Tarjetas que haya sufrido el Emisor, sea de manera masiva o no.**
2. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido generadas por el Asalto, Hurto o Extravío realizado por el empleado del Emisor de los Cheques o haya estado coludido en el siniestro.**
3. **Todo robo, hurto o extravío de cheques o de formularios de cheques en los que conste la firma auténtica del Asegurado, así demostrado y declarado judicialmente.**
4. **Pérdidas cuando las mismas hayan sido reclamadas y cubiertas por el Emisor de los cheques al Titular del Riesgo.**

Documentos para el pago de la Indemnización de esta cobertura

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original).
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Titular del Riesgo (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- Carátula de Póliza (si la tuviese).
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Titular del Riesgo solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses al momento de documentar el siniestro a nombre del Beneficiario.
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia).
- Carta emitida por el Emisor correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los movimientos correspondientes conforme a lo establecido por la cobertura, que indique los detalles de los cheques utilizados de manera fraudulenta.
- Copia del estado de cuenta o pantalla del Emisor correspondiente donde se vean reflejados los cargos no reconocidos

de la institución bancaria correspondiente.
- Reporte con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta de la institución bancaria.
- Copia de los cheques cobrados de manera fraudulenta.
- En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original, adjuntando copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma.

Cláusula 3ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Daños

La Compañía no otorgará cobertura por:

1. **Daños en donde exista participación del Titular del Riesgo, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado.**
2. **Pérdidas ocurridas como consecuencia de situaciones de invasión, actos de guerra, terrorismo, rebelión, motín o insurrección civil.**
3. **Daños patrimoniales ocurridos a consecuencia de terremoto, meteorito, maremoto, erupción volcánica, tornado, vendaval, huracán o ciclón, granizo o inundación.**
4. **Las pérdidas que tengan relación con reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
5. **Hechos ocurridos y/o conocidos antes de la entrada en vigor del contrato de seguro.**
6. **Cuando las pérdidas sean a consecuencia del delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.**

Disposiciones Particulares de Secciones de Accidentes y Enfermedades

Cláusula 4ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades

Los siguientes términos únicamente son aplicables a las coberturas de Accidentes y Enfermedades y tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Accidente: Significa todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o la muerte del Asegurado de manera inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerará como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y/o el primer gasto médico, se realicen después de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en que ocurrió el hecho que les dio origen.

El tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas derivadas de un mismo Accidente, serán consideradas como un solo siniestro.

Accidente Cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa

externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. **No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Asegurado: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que ha quedado protegida por las coberturas de Accidentes y Enfermedades que expresamente se señalan en la Carátula de la Póliza.

Beneficiario: Significa la persona que tiene derecho a recibir el pago de la Suma Asegurada respecto de las coberturas de Accidentes y Enfermedades contratadas.

Para las coberturas de Accidentes y Enfermedades es el propio Asegurado, excepto por:

a) Las secciones o coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Público y Muerte Accidental por Asalto, en donde el(los) Beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) expresamente designada(s) por el Asegurado y que aparecen con tal carácter en la Carátula de la Póliza.

b) La cobertura de Gastos Funerarios por Accidente en donde el Beneficiario será el primer Deudo (según se define en la sección de Gastos Funerarios) que compruebe haber incurrido en gastos relacionados con el fallecimiento del Asegurado.

Deducible: Significa la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza, con la cual el Asegurado participa de los gastos generados por cada evento cubierto y procedente.

Diagnóstico: Significa la valoración o la calificación que un Médico Especialista realiza del padecimiento, afectación a la salud o Enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de dichos padecimientos, afectaciones o Enfermedades, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.

Enfermedad: Significa toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico. **La Enfermedad será cubierta en términos de este seguro siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea dentro de la vigencia de este Contrato.**

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

Enfermedad Congénita: Significa aquella Enfermedad que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

Enfermedad Preexistente: Significa aquellas Enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:

A. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación del seguro o 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 vigencia de la Póliza o del inicio de cobertura.
C. Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

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

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

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

i. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

   Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha 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.

ii. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de Enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

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

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con las Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. 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.

Especialista: Significa el Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar Diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades o afectaciones a la salud que se especifican dentro de este Contrato de Seguro y que adicionalmente cuente con una cédula, autorización o licencia emitida por las autoridades competentes, respecto de la especialidad médica que corresponda.

Indemnización: Es el importe de la Suma Asegurada que la Compañía está obligada a pagar al Asegurado o a sus Beneficiarios como consecuencia de un evento cubierto por este seguro.

Médico: Significa la persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, conforme a las leyes del país en donde ejerza. Para efectos de este seguro, no se considerará Médico a cualquier familiar del Asegurado, sea este consanguíneo o por afinidad, así como a cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.

Práctica Profesional de Cualquier Deporte: Significa aquella actividad desarrollada por una persona que se dedica voluntaria y habitualmente a una disciplina / actividad deportiva a cambio de una retribución económica dentro de una organización privada o pública, formando parte de su modus vivendi - forma de vida.

Cláusula 5ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades

Cobertura de Muerte Accidental

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

Riesgo Cubierto

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

Exclusiones

El seguro no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental sea efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

a) Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

b) Accidentes que se originen por participar en:
   - **i. Actos de guerra, rebelión o insurrección.**
   - **ii. Riñas, cuando el Asegurado sea el provocador.**
   - **iii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.**

c) Esta Póliza no ampara la muerte accidental que se origine por participación del Asegurado en actividades como:

i. **Servicio militar.**
ii. **Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de Pasajeros.**
iii. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
iv. **Como conductor o Pasajero de motocicletas y vehículos de motor similares, acuáticos o terrestres; y**
v. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**

d) Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; y
e) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura
Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:
1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio de los Beneficiarios (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar), en caso de contar con ella.
4. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma de los Beneficiarios (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
5. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
6. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
7. Original o copia certificada del acta de defunción.
8. Original o copia certificada del certificado médico de defunción.
9. Copia de las actuaciones completas ante del Ministerio Público o ante la autoridad equivalente en el territorio en donde haya sucedido el siniestro.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público

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

Definiciones
Para efectos de esta cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Transporte Público: Significa el transporte colectivo de pasajeros, sujeto a rutas preestablecidas y que requiere de concesión o autorización por parte del gobierno Federal y/o Estatal y/o Municipal. Para efectos de este seguro únicamente se considerarán como Transportes Públicos (i) los vehículos terrestres urbanos, sean mecánicos y/o eléctricos, destinados a transportar a las personas dentro de una misma ciudad o zona conurbada **sin incluir transportes a los que se accede a través de aplicaciones de conexión de entre pasajeros y**

conductores; (ii) los autobuses destinados a transportar a las personas de una ciudad a otra; (iii) líneas aéreas comerciales autorizadas legalmente para el transporte aéreo regular de pasajeros. **Cualquier tipo de Transporte Público no expresamente nombrado en esta definición, no se encuentra cubierto por este seguro, incluyendo sin limitar los transportes privados, motocicletas, vehículos rentados, vehículos acuáticos, ferrocarriles y cualquier vehículo no motorizado.**

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, cuando durante la vigencia de la Póliza, ocurra el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, mientras esté viajando como pasajero incluyendo todo el proceso de viaje es decir, traslados, abordaje, ascenso y descenso o mientras esté subiendo o descendiendo de cualquier Transporte Público terrestre, fluvial o aéreo comercial.

Exclusiones

Este seguro no cubre la muerte accidental del Asegurado ocurrida en Transporte Público cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

a) Que tengan lugar después de 90 (noventa) días de ocurrido el Accidente.
b) Accidentes que no tengan lugar cuando el Asegurado este viajando como pasajero o mientras esté subiendo o descendiendo de cualquier Transporte Público.
c) Accidentes que sufra el Asegurado como consecuencia de cualquier clase de participación en actividades de aviación, salvo cuando viaje como pasajero en línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
d) Accidentes de tránsito por culpa grave del Asegurado cuando éste sea el conductor y se encuentre bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
e) Participación del Asegurado en competencias o pruebas de velocidad o resistencia de vehículos de motor en calidad de conductor o acompañante, tales como, pero no limitados a motocicleta, motoneta o vehículo similar, tanto en prácticas como profesional o aficionado.
f) Participación del Asegurado en riñas, cuando éste sea el provocador, así como en actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
g) Accidentes o lesiones sufridas por el Asegurado en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

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

haya sucedido el siniestro.
9. Copia y/u original del boleto expedido a favor del Asegurado, en caso de contar con éste, o bien, documento expedido por la empresa transportadora que avale el viaje.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Muerte Accidental por Asalto

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

Definiciones

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

Asalto: Se entiende como Robo con Violencia.

Robo: Delito que se da cuando una persona se apodera de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley.

Robo Con Violencia: Se entenderá como aquel Robo cometido en contra del Asegurado, que se haya dado con violencia física y/o moral, mismas que se distinguen de la siguiente manera:

a) **Se entiende por violencia física en el Robo:** La fuerza material que para cometerlo se hace a una persona.
b) **Hay violencia moral en el Robo:** cuando el ladrón amaga o amenaza a una persona, con un mal grave, presente o inmediato, capaz de intimidarlo.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, cuando durante la vigencia de la Póliza, ocurra el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Asalto y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Exclusiones

Este seguro no cubre la muerte accidental del Asegurado por Asalto cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

a) Muerte accidental como consecuencia o resultado de una acción o circunstancia distinta a un Asalto.
b) Participación del Asegurado como autor, cómplice o encubridor en el Robo o Asalto.
c) Muerte Accidental como consecuencia de cualquier acto intencional por parte de un heredero legal del Asegurado que ocasione la muerte al Asegurado. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de un arma de fuego o punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.
d) Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

e) Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; y
f) Accidentes derivados de riña provocada por el Asegurado y actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

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

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Deducible: Significa el porcentaje o cantidad fija con la cual el Asegurado participa del riesgo. El Deducible se especifica en la Carátula de la Póliza y su pago correrá a cargo del Asegurado, debiendo ser liquidado por éste a efecto de que se pague la indemnización respectiva.

Prótesis: Significa aquellos mecanismos sustitutos hechos por el hombre para reemplazar funcional y/o estéticamente las partes faltantes del cuerpo humano.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado requiriera someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los gastos en los que incurra el Asegurado por los mencionados conceptos, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y según las reglas de indemnización (limitaciones) que más adelante se detallan. El pago de la indemnización se realizará previa liquidación del Deducible por parte del Asegurado y previa comprobación fehaciente de los gastos erogados por parte de éste.

El reembolso de gastos médicos se encuentra limitado a la totalidad de la Suma Asegurada contratada y especificada en la Carátula de la Póliza, salvo por las siguientes limitaciones:

1. Los gastos que resulten de aparatos de Prótesis, dental o de cualquier otra clase, se cubren hasta el límite máximo del 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada contratada.

2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta el límite máximo del 5% (cinco por ciento) de la Suma Asegurada contratada.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos antes señalados disminuyen proporcionalmente la Suma Asegurada contratada.

No están cubiertos los gastos médicos erogados en razón de la atención médica de personas distintas al Asegurado.

La Compañía únicamente cubrirá los honorarios de Médicos y enfermeras graduados y oficialmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

Límite de Pago de Siniestros

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

1. El agotamiento de la Suma Asegurada.
2. El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la Carátula de la Póliza; o

La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Compañía

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

El Asegurado se obliga a autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios Médico-Hospitalarios que participaron en su atención, para que provean la información solicitada por el personal de la Compañía. La información proporcionada y tratada por la Compañía con motivo de dicha investigación, será manejada y resguardada con los más altos estándares de seguridad y confidencialidad en términos de la regulación aplicable respecto de la confidencialidad de la información y el tratamiento de datos personales sensibles.

Los resultados obtenidos en la investigación estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante. Los gastos derivados de la investigación médica correrán a cargo de la Compañía.

Otros Seguros

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

Exclusiones

Este seguro no cubre el reembolso de gastos médicos por Accidente del Asegurado, cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

a) Abortos, con excepción de los que acontezcan como resultado de un Accidente.
b) Accidentes acuáticos o que ocurran mientras el Asegurado practique actividades de playa (paracaídas de playa, moto acuática, ski acuático).
c) Accidentes originados por la práctica de buceo cuando no se cuente con la licencia respectiva y/o no se esté bajo supervisión de instructores capacitados y/o la inmersión sea superior a 40 metros.
d) El uso de anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
e) Consumo de complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en Accidentes, cualquiera que sea su causa.
f) Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un Accidente.
g) El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.
h) El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de Prótesis.
i) Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un Accidente.
j) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
k) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
l) Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente.
m) Honorarios médicos cuando el Médico tratante sea familiar directo del Asegurado.
n) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
o) Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
p) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
q) Lesiones ocasionadas directamente por el Asegurado, actos delictivos ocasionados por el Asegurado o con participación intencional por parte de él.
r) Intento o consumación de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
s) Lesiones originadas por la participación intencional del Asegurado en actos delictivos.
t) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra (declarada o no), insurrección, revolución o rebelión.
u) Lesiones que sufra el Asegurado al viajar como pasajero, piloto, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.
v) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
w) Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
x) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en alborotos populares.
y) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

z) Lesiones sufridas por el Asegurado al practicar alpinismo, montañismo, paracaidismo, buceo, espeleología, equitación, charrería, artes marciales, boxeo, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, deportes aéreos y cacería.
aa) Lesiones sufridas por el Asegurado al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo.
bb) Los costos que correspondan al donador de órganos, aun cuando el Asegurado pague dichos costos.
cc) Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
dd) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
ee) Tratamientos, lesiones o Accidentes que se produzcan como consecuencia directa de Enfermedades Preexistentes, así como sus consecuencias y complicaciones.
ff) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
gg) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que resulten de alcoholismo o toxicomanía. hh) Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.
ii) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
jj) Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
kk) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
ll) Cualquier evento, accidente, enfermedad, padecimiento o intervención quirúrgica que ocurra o pueda surgir en relación con la atención de padecimientos, tratamientos médicos o quirúrgicos, enfermedades, lesiones, afecciones, intervenciones o eventos, que no son consecuencia directa de un evento cubierto por este seguro o que estén expresamente excluidos por el mismo, o por Accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza, así como sus causas y/o complicaciones.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

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

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

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

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

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

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

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y (iii) se realice en un Hospital.

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

1. La indemnización o renta diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio.

2. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización; y
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo posterior al Periodo Máximo de Beneficio.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

A. Accidentes que se originen por la participación directa del Asegurado en:
   - **i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y**
   - **ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**

B. Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
   - **a) Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
   - **b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.**
   - **c) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y**
   - **d) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**

C. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

D. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.

E. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

F. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

G. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente.

H. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales.

I. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).

2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Significa la pérdida total y permanente de facultades o aptitudes del Asegurado, cuyo origen sea derivado de un Accidente, que lo imposibiliten a procurarse al menos el 75% (setenta y cinco por ciento) de los ingresos que percibía antes del estado de invalidez, mediante el desempeño de su trabajo habitual. Para que la invalidez se considere como total y permanente, el Asegurado deberá permanecer en estado de invalidez durante un periodo continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses, contados a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un Médico Especialista, y la invalidez esté debidamente sustentada.
Se considerarán estado de Invalidez Total y Permanente sin que opere el periodo continuo e ininterrumpido de 6 (seis) meses a que se refiere el primer párrafo de esta definición, los siguientes eventos:

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

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

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

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

Riesgo Cubierto
Si como consecuencia de un Accidente e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando al momento del siniestro, la Póliza haya estado vigente.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en el apartado denominado Documentos para el Pago de la Indemnización de esta Cobertura, el dictamen de Invalidez Total y Permanente por Accidente avalado por una institución o Médico con cédula profesional, certificados y Especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente por Accidente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, serán evaluados por un Médico Especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser evaluado por el Médico Especialista certificado, prevalecerá la opinión del médico dictaminador designado por la Compañía.

No se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior a la contratación de la Póliza. Tampoco se cubrirán padecimientos que no sean permanentes, es decir, que tengan un pronóstico de recuperación, de acuerdo con los informes médicos.

Exclusiones
Este seguro no cubre la Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado, cuando sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

a) Por Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:
   i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
   ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
   iii. Riña provocada por el Asegurado.

b) Este seguro no ampara Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
   i. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de Pasajeros.
   ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
   iii. Conductor o Pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
   iv. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
   v. La Práctica Profesional de Cualquier Deporte.

c) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
d) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente.
e) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
f) Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando la misma se derive de la participación del Asegurado como sujeto activo en terrorismo o actos de terrorismo, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
g) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
h) Accidentes ocurridos previos al inicio de vigencia de la Póliza que por su naturaleza conlleven a la Invalidez Total y Permanente del Asegurado durante la vigencia de la misma o que derivado de los cuales la invalidez se hubiere pronosticado antes del inicio de vigencia de esta Póliza.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura
Para el pago de la Indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:
1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato expedido por la institución o Médico Especialista en medicina del trabajo que atendió al Asegurado, en hoja membretada, firmado y sellado en donde se indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, Diagnóstico definitivo, así como porcentaje de Invalidez Total y Permanente.
7. Informe médico emitido por Especialista.
8. Copia de los recibos de nómina y/o estados de cuenta bancarios de los 3 (tres) meses anteriores a la fecha en la que se haya dictaminado la Invalidez Total y Permanente.
9. Copia de los recibos de nómina y/o estados de cuenta bancarios de los 3 (tres) meses anteriores a la fecha en la que se presente la solicitud de indemnización de esta cobertura.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Gastos Funerarios por Accidente

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

Definiciones

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

Deudo: Significa la persona que tenga algún grado de parentesco ya sea consanguíneo o por afinidad con el Asegurado fallecido.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado fallece, la Compañía reembolsará hasta la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de Póliza, los gastos funerarios en que incurra el primer Deudo que compruebe, a través de facturas y cualquier comprobante fiscal, que realizó erogaciones para cubrir los servicios funerarios y trámites derivados del fallecimiento del Asegurado.

Exclusiones

El seguro no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando los gastos funerarios por muerte accidental sea efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:

a) Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

b) Accidentes que se originen por participar en:
   - **i. Actos de guerra, rebelión o insurrección.**
   - **ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.**

c) Esta Póliza no ampara los gastos funerarios por muerte accidental que se origine por participación del Asegurado en actividades como:
   - **i. Servicio militar.**
   - **ii. Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de Pasajeros.**
   - **iii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
   - **iv. Como conductor o Pasajero de motocicletas y vehículos de motor similares, acuáticos o terrestres; y**
   - **v. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**

d) Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; y

e) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Pérdidas Orgánicas

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

Riesgo Cubierto

En caso de que el Asegurado, con motivo directo de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días naturales a la fecha del mismo, sufriera cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas en esta Sección, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente escala, sin que en ninguno de los casos se exceda la totalidad de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura ya sea en uno o varios eventos.

Tabla de Indemnizaciones Escala A	
Pérdida de:	**% de indemnización**
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, juntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Para efectos de esta cobertura se entenderá por:

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

Responsabilidad Máxima

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las pérdidas orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnizaciones.

Exclusiones

a) Accidentes que se originen por la participación de Asegurado en:
   - **i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
   - **ii. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
   - **iii. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, Pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas por la transportación regular de Pasajeros.**
   - **iv. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto acompañante.**
   - **v. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o Pasajero, excepto si es ocasional o amateur.**
   - **vi. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
   - **vii. Riña, cuando él la haya provocado; y**
   - **viii. Cualquier forma de navegación submarina.**

b) El seguro no ampara y la Compañía no será responsable del pago de las reclamaciones presentadas cuando las pérdidas orgánicas sufridas por el Asegurado sean efecto de alguna de las siguientes situaciones, o bien, sea a causa de las siguientes situaciones:
   - **i. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
   - **ii. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
   - **iii. Tratamiento de carácter estético o plástico.**
   - **iv. Enfermedad corporal o mental.**
   - **v. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
   - **vi. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
   - **vii. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**

viii. Pérdida orgánica que se manifieste con posterioridad a 90 días después de ocurrido el Accidente.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Copia de los estudios que avalen la pérdida orgánica.
7. Informe médico completo firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Fractura de Huesos

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

Definiciones

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

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

Fractura: Significa la pérdida de la continuidad del tejido óseo de un Hueso amparado conforme a esta cobertura y las secciones expresamente contratadas y especificadas en la Carátula de la Póliza. En términos de este seguro no se considerarán Fracturas a aquellas lesiones que no cuenten con una separación completa de todo el espesor del hueso, por lo cual no estarán amparadas las fisuras y las fracturas en tallo verde. Entiéndase por fisura y fractura en tallo verde aquella rotura del hueso que NO produce la pérdida de la continuidad ósea.

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

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

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente el Asegurado sufriera lesiones corporales que resulten en la Fractura de algún Hueso, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de Póliza.

En caso de Fracturas múltiples de un mismo Hueso, como resultado del mismo Accidente, el beneficio se aplicará solo una vez a cada Hueso fracturado.

La cobertura de Fractura de Huesos está integrada por tres secciones diferentes. El Contratante y/o Asegurado podrán contratar una, dos o tres de las secciones, las cuales estarán determinadas como amparadas en la Carátula de Póliza, en el entendido de que, si se presentare la Fractura de 2 o más Huesos de una misma sección, la Compañía sólo pagará la Suma Asegurada correspondiente a un Hueso de dicha sección, no obstante lo anterior en caso de que se presentare una Fractura de 2 o más Huesos y los mismos correspondan a secciones distintas, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente por sección. Estas secciones especifican el detalle de huesos amparados por cada una. En la Carátula de Póliza se especificarán las secciones contratadas.

A. Sección I

1. Peroné.
2. Huesos de la mano: únicamente metacarpo, **excluyendo falanges.**
3. Huesos del pie: únicamente metatarsianos, **excluyendo falanges.**
4. Coxis.
5. Una costilla; y
6. Huesos propios de la nariz, **excluyendo cartílagos.**

B. Sección II

1. Vértebra, excluyendo Cuerpo Vertebral.
2. Tibia.
3. Mandíbula inferior.
4. Esternón.
5. Dos o más costillas.
6. Clavícula.
7. Omóplato.
8. Rótula.
9. Tarsianos.
10. Húmero.
11. Radio y cúbito; y
12. Huesos del carpo.

C. Sección III

1. Fémur.
2. Cuerpo Vertebral a **excepción del coxis.**
3. Pelvis; y
4. Cráneo (incluidos los huesos faciales), **excluyendo la mandíbula inferior.**

Exclusiones

La cobertura a que se refiere esta sección no ampara la Fractura de Huesos que se derive de lo siguiente:

a) Fractura de Huesos a consecuencia de la realización de un acto ilegal por parte del Asegurado, así como cuando la Fractura sea a consecuencia de riña, siempre y cuando el Asegurado la haya provocado.
b) Fractura de Huesos como consecuencia de una infección bacteriana o viral, excepto cuando es el resultado directo de una lesión corporal accidental.
c) Fractura de Huesos a causa de Osteoporosis o cáncer en los huesos.

d) Fractura de Huesos en los dedos (falanges) de las manos y de los pies.
e) Cualquier Fractura de Huesos que no se encuentre expresamente nombrado en la lista de Huesos descritos en cada una de las secciones de esta cobertura; y
f) Cualquier Fractura de Huesos que, no obstante estén descritos en este seguro, pertenezcan una sección no contratada, según lo establecido en Carátula de Póliza.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura
Para el pago de la Indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:
1. Formato de Reclamación (este formato será proporcionado por la Compañía) una vez que se complete deberá ser entregado y acompañado de la siguiente documentación.
2. Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
3. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde se sustenta la fractura.
4. Copia de la identificación oficial vigente, la cual puede ser: Credencial Electoral INE, Pasaporte, Cédula Profesional.
5. Comprobante de domicilio (agua, luz o teléfono), con antigüedad no mayor a 3 meses.
6. Formato “Conoce a tu Cliente” (este formato será proporcionado por la Compañía).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

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

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

Periodo de Espera: Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Enfermedades Graves. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Enfermedades Graves es de 180 (ciento ochenta) días.

Riesgo Cubierto
Una vez transcurrido el Periodo de Espera y encontrándose vigente de manera ininterrumpida la Póliza, iniciarán los efectos de la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza, en caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante, siempre que dicha Enfermedad sea diagnosticada durante la vigencia de la Póliza. **La Compañía únicamente indemnizará a la ocurrencia de la primera Enfermedad Grave que se presente en la vida del Asegurado, por lo que esta cobertura quedará automáticamente cancelada al presentarse el pago de la indemnización respectiva por la ocurrencia de la primer Enfermedad Grave de las que se listan a continuación.**

La Enfermedades Graves cubiertas bajo esta sección son las siguientes:

1. Cáncer

1.1. Definición de Cáncer
Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento, expansión incontrolada, invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin.

Para efectos de este Contrato de Seguro, no se considerará Cáncer y por lo tanto no estará cubierto por este seguro: (i) la etapa temprana de Cáncer clasificada como "Cáncer o Carcinoma In Situ"; (ii) los carcinomas de la piel, los basocelulares y espinocelulares, así como las células escamosas; y (iii) sarcoma de Kaposi.

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

Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Cáncer ha sido diagnosticado por primera vez en la vida del Asegurado cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento de Cáncer, de cualquier tipo, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

1.3. Exclusiones aplicables

a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas y/o Cáncer preexistente.
b) Los tumores benignos.
c) Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
d) Cualquier Cáncer del tipo "in situ", entendido como tal aquel que se encuentre encapsulado y que se define como la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal.
e) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares y células escamosas, con excepción del melanoma, que sí está cubierto por este seguro.
f) Sarcoma de Kaposi; y
g) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico legalmente autorizado.

2. Infarto Agudo al Miocardio

2.1. Definición de Infarto Agudo al Miocardio
Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o de una ramificación de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El Diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por los siguientes puntos:

a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del Infarto Agudo al Miocardio dentro de las 24 (veinticuatro) horas anteriores a dicha hospitalización; y
b) Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de Enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar

caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones y diaforesis (sudoración excesiva); y

c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

2.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado un Infarto Agudo al Miocardio por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con un Infarto Agudo al Miocardio, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Infarto Agudo al Miocardio, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

2.3. Exclusiones aplicables

a) Infarto Agudo al Miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia del uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado; e

b) Infarto Agudo al Miocardio cuando el Asegurado presente alguna de las siguientes Enfermedades Preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:

- **i. Diabetes mellitus tipos 1, 2 e idiopática.**
- **ii. Hipertensión arterial.**
- **iii. Obesidad mórbida, definida por un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30 unidades kg/e2, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud.**

3. Apoplejía

3.1. Definición de Apoplejía

Significa cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 (veinticuatro) horas, que sean de naturaleza permanente y que incluya alguna de las siguientes 3 (tres) características:

a) Infarto del tejido cerebral;
b) Hemorragia de un vaso intracraneal; y
c) Embolia de puente extracraneal

3.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada una Apoplejía por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Apoplejía, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Apoplejía, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El Diagnóstico a que se refiere esta Enfermedad Grave deberá realizarlo un Médico Especialista en neurología (urgenciólogo, internista, intensivista o cirujano vascular periférico), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (tomografías, resonancia magnética, antirresonancia o doppler de carótidas).

3.3. Exclusiones aplicables

Ataques isquémicos transitorios.

4. Insuficiencia Renal Crónica

4.1. Definición de Insuficiencia Renal Crónica
Significa la Enfermedad renal crónica con insuficiencia irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica o trasplante renal o cualquier otro tratamiento médico que substituya la función del riñón o que corrija la condición de insuficiencia renal.

Este seguro también amparará a los Asegurados que no sean candidatos a tratamiento de sustitución de la función renal, siempre que dicha condición conste en el expediente clínico del Asegurado, firmado por un Médico Especialista en la materia.

4.2. Riesgo Cubierto
La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada una Insuficiencia Renal Crónica por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Insuficiencia Renal Crónica, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Insuficiencia Renal Crónica, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

4.3. Exclusiones aplicables
No está asegurada la Insuficiencia Renal Crónica en Asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha Enfermedad; sin embargo, si el Asegurado demuestra haber estado continuamente cubierto con un seguro de Enfermedades graves durante al menos 10 (diez) años en esta o cualquier otra Compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

5. Cirugía Coronaria

5.1. Definición de Cirugía Coronaria
Significa la cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo.

5.2. Riesgo Cubierto
La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a una Cirugía Coronaria, siempre que dicha cirugía resulte médicamente necesaria y ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a una Cirugía Coronaria, cuando éste no haya sido intervenido quirúrgicamente por motivo de correcciones a las arterias coronarias, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

5.3. Exclusiones aplicables
La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia de la Póliza haya sido sometido a una Cirugía Coronaria, en la misma arteria coronaria afectada o en una arteria coronaria distinta.

6 Esclerosis Múltiple

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

6.2. Riesgo Cubierto
La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado Esclerosis Múltiple por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Esclerosis Múltiple, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Esclerosis Múltiple, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

6.3. Exclusiones aplicables
La Compañía no indemnizará por daño neurológico causado por lupus eritematoso sistémico.

7. Parálisis de Extremidades

7.1. Definición de Parálisis de Extremidades
Significa la pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, ya sea por Accidente o Enfermedad.

7.2. Riesgo Cubierto
La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada Parálisis de Extremidades por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Parálisis de Extremidades, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Parálisis de Extremidades, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

7.3. Exclusiones aplicables
a) Parálisis ocasionada por Apoplejía.
b) Parálisis ocasionada por Esclerosis Múltiple.

8. Trasplante de Órganos Vitales

8.1. Definición de Trasplante de Órganos Vitales
Significa la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función. Para efectos de este seguro, únicamente estará cubierto el trasplante de los órganos vitales que se enuncian de manera limitativa a continuación:

8.1.1 Corazón
8.1.2 Pulmón
8.1.3 Hígado
8.1.4 Páncreas
8.1.5 Riñón
8.1.6 Médula ósea

8.2. Riesgo Cubierto
La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, siempre que dicho trasplante resulte médicamente necesario y ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, cuando éste no haya recibido un Trasplante de Órganos Vitales previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

8.3. Exclusiones aplicables

a) La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia de esta Póliza haya sido sometido a un Trasplante de Órganos Vitales antes de la contratación de este seguro.

b) Este seguro no ampara el Trasplante de Órganos Vitales cuando sea a consecuencia de un Accidente.

Limitación de cobertura aplicable a todas las Enfermedades Graves de esta Sección

- **Este seguro únicamente cubre la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves antes enumeradas, la que ocurra primero y por primera vez en la vida del Asegurado, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.**
- **El pago de cualquier indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la cancelación automática de la cobertura amparada por esta Sección.**

Exclusiones generales aplicables a todas las Enfermedades Graves a que se refiere esta Sección

Esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la Enfermedad Grave sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas.

b) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina.

c) Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.

d) Enfermedad Grave originada como consecuencia de un Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un Médico.

e) Enfermedades Graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

f) Enfermedades Graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:

  i. Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de Pasajeros.

  ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

  iii. Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.

  iv. Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.

  v. La Práctica Profesional de Cualquier Deporte.

  vi. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.

  vii. Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica,

de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros; y

viii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el Asegurado.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
7. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los Médicos que realizan los estudios donde indican el Diagnóstico. En caso de tratarse de Cáncer, entregar reporte histopatológico en original.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

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

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

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

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

Periodo de Espera: Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad es el establecido en la Carátula de la Póliza.

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

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

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad Cubierta, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Espera establecido en la Carátula de la Póliza; (iii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y (iv) se realice en un Hospital.

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

1. La cobertura se encontrará activa una vez transcurrido el Periodo de Espera.
2. Superado el Periodo de Espera, la indemnización o renta diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio.
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo previo a alcanzar el Periodo de Espera y/o el Periodo de Hospitalización; y
4. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso de tiempo posterior al Periodo Máximo de Beneficio.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

a) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
b) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones.
c) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
d) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el

influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

e) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

f) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.

g) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza.

h) Enfermedades Preexistentes.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta Cobertura

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Constancia de hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del Hospital.
7. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Indemnización Adicional por Terapia Intensiva

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

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Indemnización Adicional por Terapia Intensiva, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

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

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

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

Unidad de Terapia Intensiva: Significa el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, Diagnóstico y tratamiento.

Riesgo Cubierto

Si derivado del uso de alguna de las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente resulta médicamente necesario el uso de la Unidad de Terapia Intensiva durante la hospitalización cubierta del Asegurado, la Compañía pagará una renta diaria adicional a la renta cubierta por las mencionadas coberturas, por cada día que el Asegurado haga uso de la Unidad de Terapia Intensiva.

Esta cobertura depende de y está ligada a las coberturas o secciones de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad e Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, por lo que operará bajo los mismo términos y condiciones que éstas respecto del Día de Hospitalización, Periodo de Espera (en su caso), Periodo de Hospitalización y Periodo Máximo de Beneficio.

Exclusiones

Para esta cobertura o sección serán aplicables las mismas exclusiones de la cobertura o sección de la cual depende, sea esta Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

Para el pago de la Indemnización, adicionalmente a los documentos que el Asegurado deba presentar para hacer válidas las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente, el Asegurado deberá presentar el informe médico que contenga la determinación de hacer uso de la Unidad de Terapia Intensiva, así como todos los detalles y circunstancias relacionadas con dicho evento; el referido informe deberá estar firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer

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

Definiciones

Para efectos de esta cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Cáncer: Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma. **Para efectos de esta cobertura o Sección, no se considerará Cáncer y por lo tanto no estará cubierto por este seguro: (i) la etapa temprana de Cáncer clasificada como Cáncer o Carcinoma In Situ; (ii) los carcinomas de la piel, los basocelulares y espinocelulares, así como las células escamosas; y (iii) sarcoma de Kaposi.**

Cáncer In Situ: Significa el Cáncer encapsulado y que se define como la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal.

Periodo de Espera: Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer es de 180 (ciento ochenta) días.

Prueba Patológica: Significa todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del Diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de este seguro. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, si después de transcurrido el Periodo de Espera, al Asegurado se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer, conforme a la definición que del mismo se hace en esta cobertura o sección. Para efectos de esta cobertura, se entenderá que el Cáncer ha sido diagnosticado por primera vez en la vida del Asegurado cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento de Cáncer, de cualquier tipo, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El Diagnóstico de Cáncer debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber sido estudiada la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un Diagnóstico clínico deberá respaldarse con una Prueba Patológica. El Diagnóstico de Cáncer deberá ser emitido por un Médico Especialista en patología y/o histopatología y/o anatomopatología.

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, en una sola exhibición y por única ocasión, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento de la ocurrencia del siniestro.

Con el pago de la Suma Asegurada por esta cobertura, la misma quedará cancelada automáticamente.

Exclusiones

a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas.
b) Tumores benignos.
c) Displasias y lesiones pre-cancerígenas.
d) Cualquier tipo de Cáncer In Situ.
e) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares y células escamosas, con excepción del melanoma, que sí está cubierto por este seguro.
f) Todo Cáncer que haya sido diagnosticado con anterioridad a la contratación de esta Sección.
g) Sarcoma de Kaposi.
h) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina.

Documentos para el Pago de la Indemnización de esta cobertura

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector (INE), Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Original del estudio histopatológico que indique el Diagnóstico definitivo de Cáncer, mismo que deberá estar firmado y sellado por un Médico Especialista en patología humana, así como membretado por la Institución que lo avale.
7. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cláusula 6ª. Edades para Coberturas o Secciones de Accidentes y Enfermedades

La presente Cláusula es únicamente aplicable a las coberturas de Accidentes y Enfermedades.

Las edades mínimas y máximas de aceptación y las edades máximas de renovación del Asegurado para las coberturas de Accidentes y Enfermedades son las siguientes:

	EDADES DE ACEPTACIÓN		
	Titular		
Cobertura	**Mínima**	**Máxima**	**Renovación**
Muerte accidental	18	69	85
Pérdidas orgánicas			
Muerte accidental en transporte público			
Muerte accidental por asalto			
Gastos funerarios por accidente			
Invalidez total y permanente por accidente		69	70
Reembolso de gastos médicos por accidente			
Fractura de huesos			
Indemnización diaria por hospitalización por accidente			
Indemnización diaria por hospitalización por enfermedad			
Indemnización adicional por terapia intensiva			
Enfermedades graves		64	65
Indemnización por primer diagnóstico de cáncer			

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

Cuando la Compañía compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática que corresponda a la fecha de su rescisión.

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

Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

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

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

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, 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 de lo anterior, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

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

Cláusula 7ª. Exclusiones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades

La presente Cláusula es únicamente aplicable a las coberturas de Accidentes y Enfermedades.

La Compañía no será responsable del pago de indemnización alguna a consecuencia de lo siguiente:

1. **SIDA y VIH: cualquier evento que resulte o se relacione directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**
   a) **Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
   b) **Cualquier Enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
2. **Aviación: Lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico de aviación privada, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**

3. **Cualquier Accidente originado por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos, o estupefacientes. Tampoco se cubrirán Accidentes que provengan de algún síndrome de dependencia al alcohol, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor Médico de la Compañía, sea considerado causa relacionada o directamente atribuible a un síndrome de dependencia al alcohol.**
4. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
6. **Tratamientos ambulatorios.**
7. **Actividades peligrosas: Cualquier Accidente que sea causado por participar en actividades peligrosas: Montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.**
8. **Nuclear: Contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir, cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.**
9. **Enfermedades Preexistentes.**
10. **Carreras: Por participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.**
11. **Curas de reposo y medidas preventivas: Cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.**
12. **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
13. **Tratamiento no recomendado por un Médico: Cualquier hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un Médico con cédula profesional o su equivalente en el extranjero, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia.**
14. **Hospitalización para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.**
15. **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
16. **Variaciones de peso: Obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**
17. **Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en las que participe directamente el Asegurado.**

Servicios de Asistencia

En caso de aparecer como amparado el servicio de asistencia requerido en la Carátula de la Póliza, el Asegurado llamará al prestador de servicios de asistencia al número telefónico indicado en la Carátula de la Póliza (en adelante el "Proveedor") para que preste los servicios de asistencia.

En caso de que el Asegurado decida realizar algún gasto sin haberse puesto en contacto previamente con el Proveedor, los gastos efectuados NO serán reembolsables.

No obstante que los servicios serán proporcionados por el Proveedor, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del Proveedor en virtud del presente Contrato de Seguro. Los servicios de asistencia previstos en esta sección no son operaciones activas de seguro para efectos de la legislación aplicable.

1. Concertación de cita de Médico a Domicilio

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia, el Proveedor programará consultas con médicos generales al domicilio del Asegurado, cubriendo el costo hasta el límite de la asistencia. Cualquier excedente en el costo de la consulta deberá ser cubierto directamente por el Asegurado al médico. No aplican reembolsos.

Límites de la asistencia: Señalados en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año: Indicado en la Carátula de la Póliza

2. Enfermera a Domicilio por Accidente

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia y de que el Asegurado haya sufrido un Accidente que le genere una incapacidad temporal comprobada mediante resumen clínico expedido por médico tratante, el Proveedor coordinará el envío de una enfermera(o) al domicilio señalado por el Asegurado para la prestación de cuidados básicos de enfermería. El servicio se cubrirá conforme a los límites mencionados en la Carátula de la Póliza. El Asegurado deberá contar con un familiar o persona adulta responsable presente en el domicilio durante la prestación del servicio de enfermería. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con el Proveedor para hacer válido el beneficio. No aplica reembolso.

Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Límites de la asistencia: Señalados en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año: Indicado en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones particulares:

- **Cuando el Asegurado no cuente con resumen clínico médico que acredite la incapacidad derivada de Accidente.**
- **Servicios de enfermería derivados de enfermedad, salvo que se origine directamente de un Accidente Cubierto.**
- **Cuidados de enfermería especializados o de terapia intensiva que excedan la atención básica de enfermería domiciliaria.**
- **Cuando el Asegurado no cuente con un familiar o persona adulta responsable presente en el domicilio durante la prestación del servicio de enfermería.**
- **Servicios requeridos fuera de las ciudades señalada en el límite de la Asistencia.**

- **Servicios de enfermería a personas que se encuentren bajo el influjo de sustancias, salvo que dichas sustancias sean utilizadas por prescripción médica.**
- **Eventos consecuentes de actos de guerra, terrorismo, servicio militar o manifestaciones.**
- **Eventos ocurridos como consecuencia de la práctica o participación en competencias deportivas profesionales.**
- **Tratamientos de enfermedades o estados patológicos producidos intencionalmente por el Asegurado.**
- **Asistencia derivada de prácticas de deportes extremos o de alto riesgo.**

3. Ayuda Doméstica por Accidente

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia y de que el Asegurado haya sufrido un Accidente que le impida temporalmente realizar por sí mismo las labores domésticas básicas del hogar, el Proveedor coordinará el envío de una persona al domicilio del Asegurado para el apoyo en dichas labores. El alcance del servicio doméstico será cubierto por el Prestador, conforme a los límites estipulado en la Carátula de la Póliza. El Asegurado deberá contar con un familiar o persona adulta responsable presente en el domicilio durante la prestación de la ayuda doméstica. Cualquier excedente en el costo del servicio doméstico deberá ser cubierto directamente por el Asegurado. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con el Proveedor para hacer válido el beneficio. No aplica reembolso.

Servicio disponible en horario laboral.

Límites de la asistencia: Señalados en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año: Indicado en la Carátula de la Póliza

Exclusiones particulares:
- **Cuando el Asegurado no acredite la incapacidad derivada de Accidente mediante resumen clínico médico.**
- **Servicios domésticos requeridos por causas distintas a un Accidente Cubierto.**
- **Labores domésticas que requieran conocimientos especializados o de naturaleza técnica (plomería, electricidad, cerrajería y similares).**
- **Cuando el Asegurado no cuente con un familiar o persona adulta responsable presente en el domicilio durante la prestación de la ayuda doméstica.**
- **Servicios requeridos fuera de las ciudades señaladas en el límite de la Asistencia.**
- **Servicio requerido por personas que se encuentren bajo el influjo de sustancias, salvo que dichas sustancias sean tomadas por prescripción médica.**
- **Eventos consecuentes de actos de guerra, terrorismo, servicio militar o manifestaciones.**
- **Eventos ocurridos como consecuencia de la práctica o participación en competencias deportivas profesionales.**
- **Tratamientos de enfermedades o estados patológicos producidos intencionalmente por el Asegurado.**

4. Orientación Médica Telefónica

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia el Proveedor pondrá a disposición del Asegurado la orientación médica por medio de médicos generales, quienes lo ayudarán telefónicamente o por medio de videollamada (a través de medios digitales), a tomar las medidas necesarias ayudarlo con su malestar y orientará las

conductas provisionales que se sugiere que siga el Asegurado.
Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos.

Exclusiones Particulares
El médico no deberá (i) emitir diagnóstico ni tratamiento médico (ii) modificar tratamientos médicos de uso crónico y/o especializado, (iii) ni recetar medicamentos de uso controlado.

5. Check up Médico

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia, si a petición de su médico tratante, el Asegurado deba realizarse estudios de laboratorio de Química Sanguínea del número de elementos señalados en Carátula y Examen General de Orina, el Proveedor coordinará y obtendrá una cita a efecto de que el Asegurado se pueda practicar los estudios solicitados. El Proveedor pondrá a disposición del Asegurado la red de laboratorios con los que se puede realizar la coordinación y cita a fin de que éste elija el laboratorio.

Para tal efecto, el Asegurado deberá contactar al Proveedor a fin de señalarle el tipo de estudio requerido por el médico tratante y el Proveedor le indicará los laboratorios con los que tiene contacto a fin de concertar la cita.
De los laboratorios señalados por el Proveedor, el Asegurado elegirá el laboratorio y el Proveedor concertará la cita y le dará acceso al Asegurado a la realización de los estudios.

En caso de que el Asegurado no pueda acudir a la cita programada deberá cancelar cuando menos con 24 horas de anticipación y/o reagendar con 72 horas de anticipación, de lo contrario se cancelará el servicio y se considerará como un evento proporcionado.

Así mismo, el Asegurado será responsable de acudir directamente al laboratorio para la entrega de los resultados. El Proveedor, en ningún momento y por ningún motivo tendrá acceso a la información del Asegurado ni la enviará a éste por tratarse de información confidencial sensible, a la cual únicamente tendrá acceso el Asegurado. Las citas estarán sujetas de conformidad con la disponibilidad de los laboratorios, y el Asegurado deberá ajustarse a los términos y condiciones de los laboratorios. No aplican Reembolsos.

Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Límites de la asistencia: Señalados en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año: Indicado en la Carátula de la Póliza.

El servicio de asistencia se otorgará una vez transcurridos el número de meses posteriores al inicio de vigencia de la Póliza señalados en la Carátula de la Póliza (tiempo de espera). En el caso de renovación, no es necesario que transcurra el tiempo de espera mencionado.

6. Referencia de Médicos Generales para Rehabilitación Post Accidente

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia, el Proveedor pondrá a disposición del Asegurado la referencia de médicos generales para rehabilitación cercanos a su domicilio, a efecto de que el Asegurado asista a una consulta de rehabilitación post Accidente.

El Asegurado recibirá mediante correo electrónico un cupón con los datos de contacto del médico y la dirección del consultorio. El cupón tendrá una vigencia de 15 días naturales a partir de su recepción para ser efectiva la consulta. El

Asegurado podrá asistir al médico en la fecha y horario que acuerden y deberá presentar en el consultorio el cupón y su identificación oficial. Los honorarios del médico excedentes a los que señale el cupón, en caso de presentarse, deberán ser pagados por el Asegurado. No aplican Reembolsos.

Se brindará atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año.

Límites de la asistencia: Señalados en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año: Indicado en la Carátula de la Póliza

7. Ambulancia Terrestre por Emergencia

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia, si el Asegurado sufriera una emergencia médica, el Proveedor enviará una ambulancia terrestre al lugar del acontecimiento para ser llevado hasta el centro hospitalario más cercano de la ciudad donde se encuentre, dentro de territorio nacional.
Se entenderá por emergencia médica a cualquier situación que ponga en peligro la vida, la viabilidad de algún órgano o la integridad corporal del Asegurado, para la cual requiere una atención médica inmediata.

El servicio no incluye traslados en ambulancias aéreas.

El servicio consistirá en una unidad móvil de urgencias básicas, contará con un conductor y un técnico en urgencias médicas (TUM) a bordo y el equipamiento necesario que marca la NOM-034-SSA3-2013.

La Ambulancia de urgencias básicas, será la unidad móvil, terrestre, destinada al servicio de pacientes que requieren atención médica prehospitalaria, mediante soporte básico de vida.

Si el Asegurado requiere una ambulancia especializada, el servicio será bajo cotización y con costo para el Asegurado o familiar solicitante del servicio.

El Proveedor no será responsable de cualquier complicación que se pueda presentar con el traslado médico, ni de resultado alguno. En caso de que el servicio de ambulancia tenga que esperar a que el paciente sea ingresado o esté en espera a que se le dé de alta para el egreso del hospital, o por cualquier circunstancia ajena al Proveedor, el Asegurado o familiar solicitante del servicio tendrá que pagar directamente al tercero prestador del traslado en ambulancia el costo por hora adicional por cada hora de espera, costo que se le comunicará en el momento al Asegurado o familiar solicitante de a extensión del servicio.

El Proveedor no será responsable de que el hospital o clínica a la que se pretenda trasladar al Asegurado se reserve el derecho de admisión.

El servicio no incluye el costo de la hospitalización, ni cualquier costo de medicamentos, material quirúrgico u honorarios médicos. No aplican Reembolsos

Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Límites de la asistencia: Señalados en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año: Indicado en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones Particulares

- **A personas que se encuentren bajo el influjo de sustancias, salvo que sea por prescripción médica.**
- **Traslados de un hospital o clínica a otro hospital o clínica.**
- **En caso de existir situaciones de pandemia y epidemias declaradas en el país.**
- **Traslados a personas con COVID-19.**
- **Cuando sea necesario realizar maniobras terrestres de rescate o aquellas situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que le obstaculicen o impidan a los especialistas el acceso o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan la participación de especialistas en rescate de cualquier tipo.**
- **La disponibilidad del servicio de ambulancia estará sujeta a la zona geográfica en la que se solicite. En Zona Roja, pudiera verse afectado por causas ajenas al Proveedor.**
- **Se entiende por Zona Roja la zona geográfica que presente alta presencia de grupos del crimen organizado o un alto índice de inseguridad.**

Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Definiciones

Para todos los efectos del Contrato de Seguro, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular.

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

Contratante: Significa la persona señalada con tal carácter la Carátula de la Póliza, con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las primas.

Contrato de Seguro: Significa las disposiciones particulares, las disposiciones generales, la Carátula de la Póliza, los beneficios y las cláusulas adicionales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, así como de los derechos y obligaciones de cada parte.

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

Cláusula 2ª. Procedimiento en caso de Siniestro

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67

de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que el aviso se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Pruebas
El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione y de los documentos señalados en las secciones (aplicables) descritas en las Cláusulas Segunda y Quinta del apartado denominado “Disposiciones Particulares”, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas y/o 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.

Transcripción del artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “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”.

Formas de Indemnización
La Compañía pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda, la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, en una sola exhibición.

Deducciones
Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Cláusula 3ª. Terminación Anticipada y Cancelación

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

   La Póliza se dará por terminada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

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

   El Contratante podrá realizar la terminación anticipada de su Póliza por cualquiera de las siguientes vías: (i) mediante aviso por escrito a las oficinas de la Compañía; o (ii) comunicándose al teléfono **800 900 2880** en dónde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

2. Sólo para el caso de las secciones o coberturas Daños, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita al Contratante, con por lo menos 15 (quince) días naturales de anticipación a la fecha de terminación deseada y devolverá la prima neta no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la Carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición. Dicha devolución se efectuará dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la fecha de notificación de terminación, mediante cheque o transferencia bancaria.

3. No podrá haber terminación anticipada por parte de la Compañía para las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades.

4. La cancelación de la Póliza se realizará de forma automática al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.

Tratándose de las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades, cada cobertura se cancelará automáticamente en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación establecida para dicha cobertura en la Cláusula 6ª de las Disposiciones Particulares de Secciones de Accidentes y Enfermedades.

Cláusula 4ª. Renovación

Este seguro se renovará automáticamente por periodos de un año. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

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.

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.

Tratándose de las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades, la renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

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

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

En este caso, la Compañía se obliga a:

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

Cláusula 5ª. Territorialidad

El presente Contrato de Seguro cubre a residentes en los Estados Unidos Mexicanos y riesgos sucedidos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, salvo pacto contrario en la Carátula.

Cláusula 6ª. Prima

La prima será la suma de las correspondientes a cada sección o cobertura contratada y vence en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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

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

Durante el periodo de gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante y/o Asegurado mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y con la periodicidad que el Contratante y/o Asegurado haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con la periodicidad pactada por causas imputables al Contratante y/o Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía o abonando en la cuenta que le indique esta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que el Contratante y/o Asegurado tiene derecho a la atención respectiva y, en su caso, a la cobertura, siempre y cuando la indemnización sea procedente de conformidad con los términos y condiciones pactados en las presentes Condiciones Generales, incluso si la Compañía o quien esta designe no haya entregado el recibo expedido por esta o recibido del retenedor los fondos correspondientes.

Cláusula 7ª. Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y continuará vigente mientras la Póliza no haya sido cancelada.

Cláusula 8ª. Modificaciones

Al ser este seguro un contrato de adhesión, no se podrán realizar modificaciones a las condiciones generales de este Contrato de Seguro, en consecuencia, cualquier persona carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones, cualquier modificación que se realice sobre las condiciones generales del presente contrato, deberán ser registradas de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Compañía y el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza, entendiéndose éstas como cambio en Sumas Aseguradas, información del Contratante y/o Asegurado coberturas otorgadas y número de Eventos amparados al año, en caso de que aplique, en todos los casos, cualquier cambio lo hará constar la Compañía por escrito y mediante Endoso.

Cláusula 9ª. Notificaciones

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

En el caso en el que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente al conste en la Carátula de la Póliza, ésta deberá comunicar al Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo el nuevo domicilio 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 Contratante y/o al Asegurado y/o al Titular del Riesgo y/o a los Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio o dirección de correo electrónico que conozca la Compañía.

Cláusula 10ª. 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 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 Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Datos de Contacto

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE
Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México
Teléfono: 800 006 3342
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 Horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Portal web: www.condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México:55 5340 0999 En el territorio nacional: 800 999 8080

Cláusula 11ª. Interés Moratorio

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

Cláusula 12ª. Prescripción

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

1. Para las secciones o coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental en Transporte Público, Muerte Accidental por Asalto y Gastos Funerarios por Accidente, en 5 (cinco) años;
2. En 2 (dos) años, para el resto de las secciones o coberturas, incluyendo las de Accidentes y Enfermedades y Daños.

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 solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Cláusula 13ª. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo 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 con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios 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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 15ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Cláusula 16ª. Agravación Esencial del Riesgo

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

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere

el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo". **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula 17ª. Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de pactar la celebración de operaciones y servicios, a través del uso de Medios Electrónicos que estén disponibles por la Compañía para efectos del presente contrato de seguro (entendiéndose como Medios Electrónicos como los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía).

Para efectos de lo anterior, la Compañía pone a disposición del Asegurado o Contratante, previo a su contratación, los términos y condiciones para el uso de medios electrónicos a través de su página de Internet: **www.chubb.com/mx**. En dichos términos y condiciones la Compañía establece lo siguiente:

a) **Las operaciones y servicios que la Compañía podrá proporcionar a través de Medios Electrónicos,** como lo son: (i) contratación o cancelación de productos, (ii) consulta de información relacionada con el seguro, (iii) Modificación de designación de Beneficiarios, (iv) solicitar actualización y/o modificación de información, (v) Alta y modificación del medio de comunicación seleccionado, (vi) Contratación de otro Servicio o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado, entre otros.

b) **Los mecanismos y procedimientos de identificación del usuario y autenticación,** en el presente apartado se podrá revisar el “identificador de usuario” que utilizará la Compañía, es decir, la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que permita reconocer la identidad y autenticidad del propio usuario para la realización de operaciones electrónicas. Así mismo, en este apartado se informan los “factores de autenticación” que podrá solicitar la Compañía, basado en las características físicas del usuario, en dispositivos o información que solo el usuario posea o conozca.

c) **La responsabilidad del usuario y de la Compañía respecto a la realización de operaciones por Medios Electrónicos,** en este apartado la Compañía establece la responsabilidad para que el usuario del Medio Electrónico resguarde de manera correcta las claves de acceso para la realización de las operaciones electrónicas. Así mismo se señala la responsabilidad de la Compañía respecto al resguardo de la información adquirida del usuario.

d) **Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Compañía,** a través de Medios Electrónicos, en esta sección la Compañía establece los medios de comunicación para notificar el estatus de las operaciones que se realicen a través de Medios Electrónicos.

e) **Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de operaciones electrónicas,** en este el usuario del Medio Electrónico conocerá el proceso para cancelar el uso de las claves de acceso para medios electrónicos.

f) **Restricciones operativas aplicables de acuerdo con el Medio Electrónico,** en este apartado la Compañía comunica las restricciones, en caso de existir, para el uso de los medios electrónicos, ya sea por sistema o por el uso de los dispositivos. En esta misma sección, la Compañía le informa al usuario del Medio Electrónico, que los productos y/o servicios que se contraten con los medios de identificación y, a través de los Medios Electrónicos que la Compañía tenga disponibles, son en sustitución a la firma autógrafa y sus efectos jurídicos. El Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo tiene la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Compañía.

Cláusula 18ª. Otros Seguros

El Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo tiene la obligación de poner inmediatamente en conocimiento de la Compañía, por escrito, de la existencia de otro seguro que contrate con otra aseguradora por el mismo riesgo y por el mismo interés, indicando la Suma Asegurada y cada uno de los nombres de las aseguradoras, de acuerdo con el artículo 100 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Conforme al artículo 102 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en caso de existir otro u otros seguros amparando el mismo interés asegurable, celebrados de buena fe, con misma o diferentes fechas y por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada institución aseguradora hasta el valor íntegro del daño sufrido dentro de los límites de responsabilidad que hubieren asegurado.

Si el Contratante y/o Asegurado y/o Titular del Riesgo omitiere intencionalmente el aviso de que trata el párrafo anterior, o si contratare los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones (artículo 101 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

El contenido de la presente Cláusula no le será aplicable a las coberturas o secciones de Accidentes y Enfermedades, salvo por la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, a la cual si le es aplicable esta Cláusula.

Cláusula 19ª. Subrogación

Una vez pagada la indemnización, la Compañía podrá subrogarse, hasta por la cantidad pagada en los derechos del Titular del Riesgo, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro. Si la Compañía lo solicita, a costa de la misma, el Titular del Riesgo hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Titular del Riesgo se impide la subrogación, la Compañía quedará liberada, en todo o en parte, de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Titular del Riesgo y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Titular del Riesgo tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

El contenido de la presente Cláusula no le será aplicable a las coberturas o secciones de Accidentes y Enfermedades, salvo por la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, a la cual si le es aplicable esta Cláusula.

Cláusula 20ª. Entrega de Documentación Contractual para el caso de Celebración de Contrato por Internet o por conducto de Prestador de Servicios al que se refieren los Artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo por internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la Compañía se obliga a proporcionar al Contratante el número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración y dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al Contratante la documentación relativa al Contrato de Seguro celebrado, siendo ésta la Póliza. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del Contratante, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del prestador de servicios al momento de la contratación. Lo anterior en el entendido que, para entregas a domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado, la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que se recibió la Póliza, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto del prestador de servicios, la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el Contratante.

En caso de que el Contratante no reciba la documentación mencionada en esta Cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página en internet: **www.chubb.com** o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá, en cualquier momento, solicitar que se le entregue la documentación contractual por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

Cláusula 21ª. Beneficios Chubb

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

- Asistir a experiencias (tales como: tomar cursos y talleres, pláticas y convivencias con figuras públicas).
- Boletos a eventos (tales como: cine, teatros, conciertos, eventos públicos en general).
- Beneficios en renta de vehículos.
- Recibir regalos en especie (tales como: artículos promocionales, códigos promocionales para aplicaciones de transporte y alimentos, cuponeras, monederos electrónicos, gadgets, artículos de salud y belleza, viajes que incluyan el costo del trasporte, hospedaje y/o alimentación, boletos de avión).
- Acceso a plataformas digitales con contenido de interés y de bienestar.
- Participar en programas de lealtad (tales como: programas y puntos de recompensa).
- Participar en rifas o concursos.

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

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

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

Invitación para Consultar al RECAS

Usted puede tener acceso a este Contrato de Seguro a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) 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: **www.condusef.gob.mx**

Glosario 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”.

Aviso de Privacidad Corto

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio 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 responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra Compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para más información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección **https://www.chubb.com/mx-es/footer/privacy-notices.html**

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 06 de noviembre de 2026, con el número PPAQ-S0039-0080-2026 / CONDUSEF-007462-01.

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

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 06 de noviembre de 2026, con el número PPAQ-S0039-0080-2026 / CONDUSEF-007462-01.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Daños

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refiere el artículo 103 de la LISF, por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el Asegurado o el Beneficiario tienen los siguientes derechos:

1. A recibir el cumplimiento 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 Aseguradora.
3. A comunicarse a la Aseguradora 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 Aseguradora 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 a su arbitraje.

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 06 de noviembre de 2026, con el número PPAQ-S0039-0080-2026 / CONDUSEF-007462-01.

.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

Sí acepto _____ No acepto _____

_____
Nombre y Firma del 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 06 de noviembre de 2026, con el número PPAQ-S0039-0080-2026 / CONDUSEF-007462-01.

Formato de Designación de Beneficiarios

A través de este documento designo como Beneficiarios del seguro de _____, cuya Suma Asegurada es de _____ , a las siguientes personas:

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento o RFC	Parentesco	Porcentaje

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

_____

Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 06 de noviembre de 2026, con el número PPAQ-S0039-0080-2026 / CONDUSEF-007462-01.

.

Cláusula General de 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) y/o conviviente del Asegurado.
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 06 de noviembre de 2026, con el número PPAQ-S0039-0080-2026 / CONDUSEF-007462-01.

Contacto

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

Guadalajara
Av. Mariano Otero 1249, Torre Atlántico,
Piso10, Col. Rinconada del Bosque,
Sector Juárez, C.P. 44530,
Guadalajara Jal.
Tel: 33 3884 8400

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

chubb.com/mx