

Seguro Plan de Ingresos Garantizados

CHUBB®

Contenido

Definiciones	3
Generalidades	7
Vigencia del Contrato	11
Procedimientos	11
Administración de Indemnizaciones	15
Descripción de los Beneficios	16
Cláusula General	40
Aviso Corto de Privacidad	41

Seguro Plan de Ingresos Garantizados

Definiciones

Aseguradora. Chubb Seguros México, S.A.

Contratante. Persona física o moral, cuya propuesta sirve de base para la expedición de esta Póliza y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros del grupo o la Colectividad Asegurada.

Familia Asegurable. Es el Titular, Cónyuge y cada uno de sus Dependientes que se indican en el certificado de seguro.

Titular. Es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurada, que ha quedado registrado como tal y cuya edad se encuentra dentro de los límites establecidos por la Aseguradora.

Cónyuge. Se considera como cónyuge a la esposa o esposo del Asegurado Titular, o a falta de éste, con quien haya hecho vida marital durante los cinco años anteriores al fallecimiento (o evento indemnizable), o con quien haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio y cuya edad se encuentre dentro de los límites establecidos por la Aseguradora.

Dependientes. Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 23 años, siempre y cuando sean dependientes económicos del Titular, que sean estudiantes de tiempo completo y no tengan ingresos por trabajo personal.

Asegurado. Cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora y que a solicitud del Contratante, han quedado amparados bajo esta Póliza.

Accidente Amparado. Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

Se considerarán como accidentes, entre otros casos:

- a) La muerte del Asegurado por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La electrocución involuntaria.

Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado. Todos estos accidentes, entre otros, quedan amparados siempre y cuando la cobertura de la Póliza se encuentre en vigor al momento de realizarse el evento indemnizable.

Grupo o Colectividad Asegurable. Son los integrantes del grupo o la colectividad sobre los cuales se hace la oferta del seguro y cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.

Enfermedad Cubierta. Se entiende por enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Pérdidas Orgánicas. Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa; o bien, su anquilosamiento total.

Pérdida de una Mano	Su separación de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella, o la anquilosis de la articulación citada.
Pérdida de un Brazo	La amputación o anquilosis del brazo entre el hombro y el codo.
Pérdida de un Dedo	La separación o anquilosis de dos falanges completas cuando menos.
Pérdida de un Pie	Su separación o anquilosis de la articulación tibio tarsiana o arriba de ella y abajo de la rodilla.
Pérdida de una Pierna	La amputación o anquilosis del muslo entre la cadera y la rodilla.
Pérdida de la Vista	La pérdida completa y definitiva de la visión.

Transporte Público. Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares, por el cual se pague un boleto para dicho servicio.

Pasajero. Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación o ha liquidado el costo correspondiente.

Invalidez Total y Permanente. Se entenderá por Invalidez Total y Permanente a la incapacidad que sufra el Asegurado a causa de un accidente o enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada) que le impida el desempeño de su trabajo habitual (remunerado) u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social y cuando se compruebe que dicha imposibilidad es de carácter permanente y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Invalidez Temporal Total. Es la incapacidad total que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada), para el desempeño de su trabajo habitual (remunerado), siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluido constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito; y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Invalidez Temporal Parcial. Es la incapacidad que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada), para el desempeño de una o más de las actividades propias de su trabajo habitual (remunerado); y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Gastos Médicos Cubiertos. Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que se incurra para la atención de lesiones en la persona del Asegurado, ocasionados por un Accidente y/o Enfermedad cubierto y que:

- a) Por prescripción de un Médico sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los cargos usuales y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios.
- b) Sean proporcionados por Instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado.

Gasto Usual y Acostumbrado. Es el promedio que resulte de considerar el costo que ofrecen los proveedores en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios médicos, eliminando las cuotas superiores e inferiores.

Padecimiento. Es una alteración de la salud del Asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico, y señale un diagnóstico médico definitivo.

Deducible. Cantidad fija a cargo del Asegurado por cada padecimiento. El seguro cubre los gastos procedentes a la cobertura a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la Póliza. El monto del deducible aparece en la Carátula de la Póliza.

Hospital. Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos.

Periodo de Hospitalización. Es el período en que debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, sea estrictamente necesario permanezca un Asegurado internado en un Hospital. Este período deberá ser mayor de 24 horas.

Período de Convalecencia Domiciliaria. Es el período en que el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Periodo de Espera. Es el período ininterrumpido que debe tener de vigencia la Póliza para que sean cubiertos algunos padecimientos excluidos al inicio de la misma.

En el caso de los beneficios para invalidez, se refiere al periodo continuo en estado de invalidez desde la fecha en que ocurrió el accidente amparado o la enfermedad cubierta

En el caso de los beneficios de indemnización diaria por hospitalización, se refiere al periodo continuo que el Asegurado debe permanecer internado en un Hospital a causa del accidente amparado o enfermedad cubierta.

Médico. Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que no sea la persona asegurada o miembro de la familia del mismo.

Cáncer. Es la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia (que no sea la leucemia crónica linfática), pero **excluye cáncer no-invasivos in situ, tumores como consecuencia del virus de inmunodeficiencia humana, y cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.**

El Diagnóstico Clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico Histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

Afección de Arterías Coronarias que requiera Puente Coronario. Es la estenosis u oclusión de las arterias coronarias que requieren de una intervención quirúrgica de puente coronario (conocida como By-Pass). La necesidad

de intervención quirúrgica deberá comprobarse a la Aseguradora mediante el resultado de la angiografía coronaria y el informe del médico tratante.

Infarto al Miocardio. Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las Enzimas Cardíacas en la Sangre Periférica.

Para el pago de esta cobertura se procede siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

Terapia Intensiva. Gastos y cuidados especiales posteriores a alguna intervención quirúrgica que sean necesarios y por prescripción del médico tratante.

Padecimiento Preexistente. Son aquellos, que:

- Con anterioridad a la celebración del contrato, un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo, o
- Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico, así lo determine. Por perito médico, se entenderá al que designen las partes.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Institución de Seguros, en acudir a un arbitraje privado.

La Institución Aseguradora, acepta que si el reclamante acude a esa Instancia se somete a comparecer ante este Arbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Institución Aseguradora.

Endoso. Documento emitido por la Aseguradora que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones originales del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

País de Residencia. Para efectos de esta Póliza, significa el país donde la persona asegurada es un residente permanente, que posee un pasaporte válido emitido por dicho país y en el cual reside principalmente y es empleado (si trabaja) por un periodo de por lo menos seis meses consecutivos del año calendario. Así mismo, significa cualquier otro país en el que la persona sea asignada, en donde se encuentre por negocios o cualquier otro país donde resida por un periodo de más de 30 días.

Accidente Cerebrovascular. Es la alteración súbita de las funciones cerebrales originadas por una deficiente circulación sanguínea, que produce secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas y que incluye cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Infarto de tejido cerebral
- b) Hemorragia cerebral

c) Embolia de fuente extracraneal

Adicionalmente, deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico por lo menos de tres meses.

Exclusión. Los síndromes similares a los Ataques Isquémicos Transitorios (AIT) y Accidentes Cerebrovasculares resultantes de una herida craneal o de una condición que demande la necesidad del espacio intra-craneal, como los abscesos, hemorragias, y tumores, están excluidos.

Generalidades

Contrato

La Póliza, la Solicitud de Seguro, el Registro de Asegurados, los Consentimientos y Certificados Individuales, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Modificaciones al Contrato

Este contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Si el seguro se pactara en otra moneda, los pagos correspondientes se harán en el equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en el momento en que se efectúen los pagos.

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora por cada Asegurado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada.

Todas las personas que forman parte del grupo o la Colectividad asegurable se considerarán como aseguradas por la suma que a cada uno le corresponda, siempre que el Contratante pague a la Aseguradora los ajustes respectivos y de acuerdo con las reglas siguientes:

- a) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de la suma asegurada a la Aseguradora, por conducto del Contratante, en o antes de la fecha en que tenga derecho a ingresar al grupo o a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, quedará asegurada a partir de la fecha en que adquiera el mencionado derecho.
- b) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Aseguradora, por conducto del Contratante, dentro de los treinta días posteriores a la fecha en que tenga derecho a ingresar al grupo o

a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, quedará asegurada a partir de la fecha de su consentimiento o de su solicitud.

- c) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Aseguradora, por conducto del Contratante después de los treinta días de la fecha en que tuvo derecho a ingresar al grupo o a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, deberá presentar, sin costo alguno para la Aseguradora, pruebas de buena salud y de asegurabilidad. Si dichas pruebas son satisfactorias para la Aseguradora, el seguro o el aumento entrará en vigor desde la fecha en que se acepten estas pruebas, mediante la inscripción en el registro respectivo.

Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la Carátula de esta Póliza.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros.

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 8:30 a 17:00 horas
Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros.

Interés Moratorio

Si la Aseguradora no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Territorialidad

El presente contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales.

Carencia de Restricciones

Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida de los Asegurados, posteriores a la contratación de la Póliza.

Indisputabilidad

Esta Póliza será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo o la colectividad asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado.

En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Aseguradora.

Beneficiarios

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo o de la colectividad puede cambiar a sus Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Aseguradora.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Aseguradora y al Beneficiario irrevocable. La renuncia se hará constar forzosamente en el consentimiento individual que forma parte integrante del contrato de seguro y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En este caso, el importe del seguro para el Contratante, no podrá ser mayor a la deuda contraída.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de cualquier responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente; o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Si el beneficio que se está pagando por parte de la Aseguradora es en forma de rentas mensuales (sólo para las coberturas que aplica), entonces el o los Beneficiarios que la empiecen a recibir deberán nombrar por su parte sus propios Beneficiarios para que en el caso de su fallecimiento, la mensualidad se siga pagando a sus Beneficiarios.

Advertencias: 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 el 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 solo 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.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real al tiempo de celebración del contrato, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por esta; pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva de riesgos en curso que corresponda al Certificado Individual en la fecha de su rescisión.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la Póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) 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 Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato.
- b) Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, la Aseguradora descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado, y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la Póliza.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha de celebración del Contrato.

Edades de Aceptación

Titular y Cónyuge

La edad mínima de aceptación será de 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación será de 65 años con renovación hasta los 69 años; excepto para las coberturas de invalidez, cuya edad máxima de aceptación es de 59 años y renovación hasta los 60 años.

Dependientes

La edad mínima de aceptación será de un mes, excepto para las coberturas de muerte accidental e invalidez, cuyas edades mínimas serán de 12 y 15 años respectivamente. La edad máxima de aceptación será de 23 años, siempre y cuando cumplan con lo establecido en la definición de dependiente.

Estas edades pueden ampliarse bajo convenio expreso con la Aseguradora.

Vigencia del Contrato

Periodo del Seguro

Las partes convienen en que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación, coinciden siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la Carátula de la Póliza.

Fecha de Inicio de Vigencia

A las doce horas de la fecha de vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza.

Fecha de Fin de Vigencia

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las doce horas de la fecha correspondiente:

- a) Al término del período del seguro.
- b) Si los miembros del grupo o la colectividad asegurada pierden su calidad de grupo o colectividad asegurable, la Aseguradora dará por cancelado el contrato mediante aviso con treinta días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo, devolviendo la prima no devengada al momento de la cancelación
- c) A falta de pago de primas, la vigencia del contrato finaliza a las doce horas de la fecha en que termine el termino convenido para el pago de la prima señalado en la Carátula de la Póliza.
- d) El Contratante puede cancelar este contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Aseguradora reciba el documento; para lo cual, la Aseguradora se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del contrato.

Renovación Automática

Si dentro de los últimos 30 días anteriores al término de la vigencia de la Póliza el Contratante no comunicara a la Aseguradora su deseo de no renovar la Póliza, se entenderá que la misma queda renovada automáticamente por un término igual al contratado originalmente, contado a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza y en las mismas condiciones en que fue pactado, siempre que las condiciones de riesgo manifestadas originalmente se mantengan y no hayan sido agravadas, siendo obligación del contratante manifestar por escrito cualquier modificación a las condiciones de riesgo originales.

En cada renovación se aplicará la prima de tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas conforme a la edad alcanzada por cada asegurado siempre y cuando dicha edad no sea mayor al límite máximo establecido en la cláusula edades de aceptación.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Procedimientos

Cesión

Los derechos derivados de los Certificados podrán ser transmitidos sólo mediante declaración por escrito hecha por el cedente y por el cesionario en el Certificado respectivo, y notificación a la Aseguradora por medio de una constancia suscrita por dichas partes.

Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula Termino Para el Pago de la Prima y Primas, el Contratante podrá dentro de los treinta días siguientes al último día del término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima, cubrir la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si ha pactado su pago fraccionado; en este caso y si el grupo o la Colectividad Asegurable sigue cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima y la hora y el día en que surte efectos la rehabilitación. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito se conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y en su caso devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos iniciales y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las doce horas de la fecha de pago.

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

En ningún caso, la Aseguradora responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima y la hora y el día de pago a que se refiere esta cláusula.

Altas y Bajas

1. Altas

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Cónyuge o Dependientes podrá ser incluida en las coberturas de la presente Póliza mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Aseguradora.

Si el Cónyuge del Titular es Asegurado, los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta Póliza serán amparados desde la fecha que cumplan un mes de nacidos, sin más requisitos que la solicitud de su Alta presentada a más tardar en 30 días para el análisis de su cobertura y en su oportunidad se deberá pagar la prima que corresponda conforme a lo establecido en el apartado denominado Primas.

Cuando se trate de Grupos Asegurados, los miembros que ingresen al grupo asegurado posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

2. Bajas

Se excluirán de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los Dependientes del Titular que:

- Contraigan matrimonio.
- Cumplan 19 años de edad, o 23 en el caso de que sean estudiantes y solteros.
- Obtengan ingresos por trabajo personal.
- Dejen de depender económicamente de él.

Así mismo, se excluirá de la cobertura al cónyuge, en caso de que se separe legalmente de él.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o la Colectividad Asegurada dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, por lo tanto, continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

Cuando el miembro del grupo o la colectividad asegurada no cubra al Contratante, la parte de la prima a la que se obligó, éste podrá solicitar su baja del Grupo o de la Colectividad, a la Aseguradora.

La Aseguradora tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo o colectividad asegurada, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha Aseguradora, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo o colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

La institución aseguradora que practique el seguro de grupo de vida, deberá operar, cuando menos, en el plan ordinario de vida.

Registro de Asegurados

La Aseguradora formará un Registro de Asegurados, según proceda, que contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre y edad de cada uno de los miembros del Grupo o de la colectividad.
- b) Suma Asegurada que les corresponda.
- c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo o de la colectividad y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.

La Aseguradora entregará al Contratante copias autorizadas de este Registro.

Primas

El Contratante será el único responsable ante la Aseguradora del pago de la totalidad de la prima.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido en la Carátula de la Póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este párrafo.

Si los miembros del grupo o la colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

La forma y el término para el pago de las primas será de conformidad con lo que se establezca en la Carátula de la Póliza.

Si el Contratante, de acuerdo a las políticas de la Aseguradora, opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato.

La prima total del grupo o la colectividad será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo o la colectividad asegurada, de acuerdo a su edad, ocupación y suma asegurada.

Los ajustes que sean necesarios efectuar a la prima con motivo de altas y bajas que ocurran durante la vigencia del seguro, se harán de la siguiente manera:

- a) En los casos de baja, se reembolsará al Contratante la parte de la prima a la cual no haya adquirido derecho la Aseguradora, por haberse cancelado o reducido el seguro del miembro del grupo o de la colectividad. La cantidad reembolsable en estos casos será la correspondiente al período que exista entre la fecha que se canceló el seguro y aquella hasta la cual la prima haya sido satisfecha.
- b) En los casos de altas que se contraten posteriormente a la fecha de esta Póliza, o de cualquier aumento en los seguros ya en vigor, se cobrará al Contratante una prima adicional, que se calculará a prorrata por el período que exista entre la fecha en que el alta o el aumento empezó a surtir efectos y la del vencimiento de la próxima prima.

La tarifa con la cual se calculen las primas, será la que a la fecha del cálculo esté vigente en la Aseguradora y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Término para el pago de la prima

Si no hubiese sido pagada la prima, dentro del término convenido señalado en la Carátula de Póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

La falta de pago de la prima no será motivo inmediato de cancelación de la presente Póliza, pues ésta continuará en vigor por el término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima.

Si durante el término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima y por causa de ocurrir un accidente o enfermedad amparado a algún miembro del grupo o la colectividad que dé lugar al pago de una indemnización por parte de la Aseguradora, ésta tendrá derecho a deducir la prima que se haya vencido, del o los miembros del grupo o la colectividad antes señalados, liquidando el importe restante al Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda.

Una vez transcurrido el término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima sin que se haya pagado la prima, la Póliza quedará sin ningún valor, pudiendo sin embargo, rehabilitarse posteriormente.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en la Póliza y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

Cancelación del Seguro

a) A petición del Contratante

El Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

b) Cancelación Automática

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

Que por voluntad del Contratante la prima no sea pagada, sin perjuicio de lo señalado en el apartado denominado "Termino para el Pago de la Prima".

Que el Asegurado ya no se encuentre dentro del rango de edad establecido por la Aseguradora.

Cambio de Contratante

Siempre que el Grupo o la colectividad se encuentre integrada por empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, la Compañía podrá rescindir el presente Contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de que se ha operado una sustitución en el Contratante del seguro; sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía se obliga a reintegrar al Contratante sustituto la prima no devengada.

Administración de Indemnizaciones

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora; además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos, acerca del hecho que genera la reclamación.

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

No se hará, por parte de la Aseguradora, ningún pago por servicio en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualquier otro semejante donde no se exige remuneración.

Liquidación

Los últimos Beneficiarios designados tendrán derecho a cobrar directamente de la Aseguradora, la suma asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Aseguradora pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente.

La Aseguradora pagará al Asegurado, en vida de éste, o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento, la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas a fin de documentar la reclamación.

Deducciones

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

Otros Seguros

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas (Artículo 100 de la Ley Sobre el contrato de seguro), lo anterior únicamente será aplicable para los beneficios de gastos médicos.

Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones (Artículo 101 de la Ley Sobre el contrato de seguro).

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100 de la Ley Sobre el contrato de seguro, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán validados y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado (Artículo 102 de la Ley Sobre el contrato de seguro).

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas (Artículo 103 de la Ley Sobre el contrato de seguro).

Descripción de los Beneficios

1. Beneficios por Muerte Accidental

Indemnización por Muerte Accidental

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, cualquiera de los Asegurados fallece.

- **Renta Mensual por Muerte Accidental**

Si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Beneficiario recibirá la suma asegurada a través de una renta mensual, contratada para esta cobertura, durante el plazo estipulado en la Carátula de la Póliza. Este beneficio será aplicable si se especifica en la Carátula de la Póliza y reemplazará al beneficio pagadero en una sola exhibición. De no ser especificado éste aplicará el de una sola exhibición.

- **Cobertura Conyugal**

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados el doble de la renta mensual por Muerte Accidental si el Asegurado y su Cónyuge fallecen a consecuencia del mismo accidente cubierto.

Indemnización por Muerte Accidental en Transporte Público

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados como consecuencia directa de un accidente amparado, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo; siempre y cuando, el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con boleto pagado en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros.

Indemnización por Muerte Accidental en Tránsito

La Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados como consecuencia directa de un accidente amparado, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo:

- Al encontrarse como conductor u ocupante en un vehículo privado o en un automóvil de alquiler
- Al ser atropellado por cualquier clase de vehículo al ir como peatón en la vía pública

La siguiente cláusula aplicará para todos los beneficios por Indemnización por Muerte Accidental.

Nulidad

Estas coberturas no amparan a Asegurados cuya edad sea menor de 12 años.

2. Beneficios por Pérdidas Orgánicas

Indemnización por Pérdidas Orgánicas

Cuando el Asegurado sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, la Aseguradora pagará el porcentaje de la suma asegurada que de acuerdo a la escala corresponda a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la Carátula de la Póliza. La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

Las tablas de indemnización que se podrán utilizar son las siguientes:

Escala A	
Pérdida Sufrida	%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
La vista de un ojo	30
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10

Escala B	
Pérdida Sufrida	%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano	50
Un pie	50
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30
La vista de un ojo	30

Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30
Sordera completa de los oídos	25
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10
El dedo medio, el anular o el meñique	5

Tabla 100/50

Pérdida Sufrida	%
Ambas manos	100
Ambos pies	100
Ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100
La audición y el habla	100
Una mano o un pie	50
La audición o el habla	50
La vista de un ojo	50
El dedo pulgar y el índice de la misma mano	50

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Indemnización por Pérdidas Orgánicas en Transporte Público

Cuando el Asegurado sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, la Aseguradora pagará el porcentaje de la suma asegurada que de acuerdo a la escala corresponda a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la Carátula de la Póliza; y el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con boleto pagado en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros. La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Indemnización por Pérdidas Orgánicas en Tránsito

Cuando el Asegurado sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, la Aseguradora pagará el porcentaje de la suma asegurada que de acuerdo a la escala corresponda a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la Carátula de la Póliza; y el evento ocurra mientras el Asegurado:

- Se encuentre como conductor u ocupante en un vehículo privado o en un automóvil de alquiler.
- Sea atropellado por cualquier clase de vehículo al ir como peatón en la vía pública.

La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

3. Beneficios por Invalidez Total y Permanente

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente y dicha incapacidad es continua por el período de espera que se estipula en la Carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura.

- **Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente**

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente y dicha incapacidad es continua por el periodo de espera contratado, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura a través de una renta mensual durante el plazo estipulado en la Carátula de la Póliza.

- **Cobertura Conyugal**

La Aseguradora pagará el doble de la renta mensual por Invalidez Total y Permanente de esta cobertura si el Asegurado y su Cónyuge sufren un estado de invalidez total y permanente a consecuencia del mismo accidente cubierto.

Comprobación del Estado de Invalidez

El estado de Invalidez Total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Esta podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total.

Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Invalidez Total, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

4. Beneficios por Invalidez Temporal Total o Parcial

Indemnización Diaria por Invalidez Temporal Total o Parcial a causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualesquiera otra causa, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, sufriera:

- Un estado de invalidez temporal total, la Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un período que no excederá de 1,460 días, contados desde la fecha del accidente.
- Un estado de invalidez temporal parcial, la Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, el 40% de la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un período que no excederá de 182 días.

Si dicha incapacidad es continua por el período de espera que se estipula en la Carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Indemnización Diaria por Invalidez Temporal Total a causa de Accidente o Enfermedad

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta, y dentro los 90 días siguientes a la fecha de ocurrencia o de su primer diagnóstico según sea el caso, el Asegurado, sufriese un estado de invalidez total temporal, la Aseguradora pagará una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la Carátula de esta Póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el período de beneficio.

Si el estado de invalidez sufrido por el Asegurado es consecuencia directa de un accidente, la Indemnización Diaria será reducida al 50% a partir de la fecha en que el Asegurado se pueda dedicar parcialmente a su actividad.

Se establece un periodo de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado sufra el estado de invalidez total temporal que dé lugar a la indemnización, limitándose a un máximo de 730 días.

Indemnización Diaria por Invalidez Total Temporal a causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualesquiera otra causa, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de invalidez temporal total y si dicha incapacidad es continua por el periodo de espera que se estipula en la Carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará después de dicho periodo y mientras subsista el estado de invalidez total temporal, la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un período que no excederá de 1,460 días, contados desde la fecha del accidente.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Invalidez Temporal Total o Parcial.

Incapacidades Sucesivas

En el caso de que el Asegurado sufra una invalidez total temporal a causa de un mismo accidente separada por intervalos menores a un año, cada periodo de invalidez será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio correspondiente.

En caso de ocurrir una hospitalización sucesiva después de transcurrir 12 meses, independientemente de que haya sido accidente o enfermedad el motive de la misma, el periodo máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

Nulidad

Estas coberturas no surtirán efecto si el Asegurado no tiene una actividad permanente y remunerada en el momento en que sufra algún estado de invalidez temporal.

En caso de que se tengan contratadas simultáneamente cualquier cobertura de invalidez temporal junto con una de invalidez total y permanente, se aplicará el siguiente procedimiento:

Si en primer instancia se le diagnostica al Asegurado invalidez total o parcial temporal, pero posteriormente (dentro de los 90 días siguientes al accidente o enfermedad, según se haya contratado), dicho diagnóstico cambia a invalidez total y permanente, entonces se pagará la suma asegurada que corresponde al beneficio de invalidez total y permanente, pero descontando de dicho pago, las cantidades que esta Aseguradora haya pagado al Asegurado por el beneficio de invalidez temporal.

La suma asegurada por el beneficio de invalidez total y permanente siempre deberá ser mayor o igual a la suma asegurada máxima a pagar por el tiempo de invalidez temporal.

Comprobación de Estado de Invalidez

El estado de invalidez total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Esta podrá cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez total. Si éste se niega a esta comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

5. Beneficios por Gastos Médicos

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada contratada en esta cobertura, los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo. A esta cobertura se aplicará el deducible estipulado en la Carátula de la Póliza.

Reembolso de Gastos Médicos Quirúrgicos

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada contratada en esta cobertura y conforme a lo estipulado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, los gastos médicos en que incurra por o a cuenta del Asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto o enfermedad cubierta que:

- Requiera de intervención quirúrgica, prescrita por un médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión
- Sean proporcionados por instituciones y/o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado
- Sean a consecuencia directa de la cirugía practicada, mientras el Asegurado se encuentre como paciente interno en un hospital

Las intervenciones realizadas que no se encuentren en la referida Tabla de Operaciones Quirúrgicas, se valuarán por similitud a las comprendidas en ella.

Cuando se realicen dos o más operaciones durante la misma sesión quirúrgica, el reembolso máximo será el que resulte de aplicarle a la suma asegurada contratada en esta cobertura el mayor de los porcentajes estipuladas en la tabla para las diferentes operaciones. A esta cobertura se aplicará el deducible estipulado en la Carátula de la Póliza.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Reembolso de Gastos Médicos.

Periodo de Beneficio

Mientras se mantenga la vigencia ininterrumpida de la Póliza para cada asegurado los gastos por cada enfermedad o accidente se continuarán pagando hasta agotar la suma asegurada. Si la Póliza no se renueva y existieran gastos erogados por conceptos de padecimientos o tratamientos iniciados en vigencias anteriores, estos se cubrirán hasta que se agote el remanente de suma asegurada contratada en la vigencia correspondiente o hasta 365 días contando a partir de la fecha del primer gasto erogado, lo que ocurra primero.

Gastos Cubiertos

Los gastos cubiertos por la Aseguradora al Asegurado por la prestación de servicios prescritos por el Médico tratante son:

- a) Los gastos por honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- b) Los gastos por Internación Hospitalaria y el uso del Quirófano (Habitación privada o standard).
- c) Los gastos de anestesistas, exámenes, o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio, indispensables para el tratamiento médico del Asegurado.
- d) Los gastos por enfermera, máximo 3 turnos por día, durante 30 días.
- e) Los gastos por servicios de ambulancia, hasta un máximo del 25% de la suma asegurada.
- f) Los gastos de fármacos, medicamentos y materiales curativos.

Los gastos anteriores no deberán resultar en exceso de los costos usuales y acostumbrados en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios médicos, ni en exceso de los cobrados normalmente por el servicio médico respectivo.

Padecimientos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos médicos de los siguientes padecimientos, siempre y cuando las primeras manifestaciones se presenten después del periodo de espera que se indica de acuerdo al padecimiento:

- Tratamiento o intervención quirúrgica debidos a amigdalitis, adenoiditis o hernias – 4 meses de periodo de espera.
- Tratamiento o intervención quirúrgica por afecciones o lesiones en cualquier órgano del aparato reproductor femenino – 6 meses de periodo de espera.

Responsabilidad Máxima

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Tabla de Operaciones Quirúrgicas

Abdomen	%
Apendicectomía	50.0%
Resección de Intestino	75.0%
Resección de Estómago	75.0%
Gastroenterostomía	62.5%
Colecistectomía	75.0%
Laparotomía abdominal para diagnóstico, tratamiento o extirpación de uno o más órganos de allí, excepto cuando se estipule otra cosa en este catálogo	50%
Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión abdominal, se considerarán una sola operación.	

Fracturas	%
Clavícula omóplato o antebrazo, un hueso	15.0%
Coxis, tarso, metatarso o calcáneo	10.0%
Muslo	37.5%
Brazo o pierna, tarcio superior, un hueso	25.0%
Dedos de la mano o del pie, cada uno, o una costilla	5.0%
Antebrazo - dos huesos, patela (rótula), o pelvis, que no requieran tracción	20.0%
Pierna, dos huesos	30.0%
Mandíbula	17.5%
Carpianos, metacarpianos, nariz, costillas- dos o más o esternón	7.5%
Pelvis, que requiera tracción	31.3%
Vértebras, apófisis transversas, cada una	6.3%
Vértebras, con factura de compresión, una o más	37.5%
Muñeca	11.3%
Con minuta abiertas	100.0%

Para fractura con minuta, aumente lo indicado arriba en una mitad. Para una fractura que requiera una operación abierta que incluya injerto de hueso o placas de inmovilización, duplique el porcentaje anterior, con la excepción de que el beneficio máximo no deberá exceder	
---	--

Abscesos	%
Incisión de abscesos superficiales, granos o forúnculos, uno o más	5.0%
Tratamiento de carbuncos o abscesos que requieran hospitalización, uno o más	12.5%

Amputaciones de	%
Dos manos o pies, cada uno	7.5%
Mano, antebrazo o pie a nivel del tobillo	25.0%
Pierna, brazo o muslo	37.5%
Muslo a nivel de la cadera	75.0%

Mama	%
Amputación de una o ambas, radical de resección axilar	75.0%
Amputación de una o ambas, simple	37.5%

Tórax	%
Toracoplastía completa	100.0%
Resección de pulmón o porción de pulmón	75.0%
Totacotomía para diagnóstico o tratamiento de órganos contenidos allí, excepto toracocentesis	25.0%
Extracción de pus, excepto toracocentesis	12.5%
Pneumotórax artificial	12.5%
Repeticiones, cada una pero no más de seis	2.5%
Broncoscofia diagnóstica	12.5%
Transoperatoria, Excluyendo Biopsia	25.0%

Aparato Genito-Urinario	%
Extirpación de riñón	75.0%
Nefropexia	75.0%
Extirpación de tumores o piedras de riñón, uretero o vejiga, mediante operación abierta	62.5%
Mediante cauterización o medios endoscópicos	20.0%
Estenosis de uretra - operación abierta	30.0%
Operación abierta intrauretral	15.0%

Próstata - extirpación completa de, operación abierta – procedimiento completo	75.0%
Resección parcial - vía endoscópica	25.0%
Por otros procedimientos quirúrgicos	50.0%
Orquidectomía o epididimectomía	25.0%
Hidrocele o varicocele	12.5%
Histerectomía, radical por cáncer	75.0%
Histerectomía con salpingo ooforectomía, con o sin ooforectomía	12.5%
Conización o cauterización de cervix no puerperal	10.0%
Legrado no puerperal	12.5%
Plastía de laceración perineal o vaginal, no inmediatamente post-parto incluyendo cistocele y rectocele	37.5%
Excisión de tumores fibromastosos sin incisión abdominal	20.0%

Otros	%
Mastoidectomía - radical - un lado	50.0%
Mastoidectomía - radical - dos lados	62.5%
Fenestración, uno o ambos lados	100.0%

Esófago	%
Operación para estenosis	37.5%
Uso de gastroscopio	12.5%

Ojos	%
Extracción de cuerpo extraño de la córnea	2.5%
Desprendimiento de retina - fusiones múltiples	100.0%
Catarata	50.0%
Glaucoma	31.3%
Excisión de ojo	31.3%
Excisión de pterigión	15.0%
Excisión de meibomitis o chalazión	5.0%

Bocio	%
Excisión de tiroides, incluyendo todos los estadios del procedimiento operatorio	75.0%

Hernia- Tratamiento por inyecciones, tratamiento completo	%
Una hernia	18.8%

Dos hernias	25.0%
Operación radical, incluyendo tratamiento por inyecciones para cura de una hernia única	37.5%
Hernia doble	50.0%

Paracentesis	%
Punción de abdomen	12.5%
Tórax o vejiga, exceptuando cateterización	7.5%
Tímpano, hidrocele, articulaciones o columna vertebral	5.0%

Cráneo	%
Operación abierta dentro de la cavidad craneal exceptuando punción y trepanación	100.0%
Excisión de hueso, trepanación o descompresión	31.3%

Articulaciones y Luxaciones	%
Incisión dentro de una articulación por enfermedad y alteraciones, excepto donde se estipule algo diferente en este catálogo, y excepto punción (artrocentesis)	12.5%
Incisión en el hombro, codo, cadera o rodilla, excepto punción	37.5%

Excisión, fijación por operación abierta, desarticulación o artroplastía en:	%
Hombro, cadera o espina vertebral	75.0%
Rodilla, codo, muñeca o tobillo	37.5%

Luxación de :	%
Dedos de manos o pies, cada uno	5.0%
Hombro o codo, muñeca o tobillo	15.0%
Mandíbula	6.3%
Cadera o rodilla, exceptuando rótula (patela)	20.0%
Rótula	5.0%
Para una luxación que requiera una operación abierta, el beneficio máximo para una luxación tal será el doble de la cantidad aplicable estipulada más arriba.	

Tumores, Tratamientos Quirúrgicos de	%
Tumores malignos con excepción de aquellos de la membrana mucosa, piel y tejido subcutáneo	50.0%
Tumores malignos de la membrana mucosa, piel y tejido subcutáneo	25.0%
Quiste o cono pilonidal, operación abierta	25.0%
Tumores benignos de testículo o de mama	20.0%

Ganglión (quiste sinovial)	3.8%
Verrugas o nevos (lunares)	2.5%
Tumores benignos, uno o más, excepto lo que se estipule de otra manera en este catálogo, que requieran estancia hospitalaria	12.5%
Los que no requieran estancia hospitalaria	5.0%
En el caso de tratamiento de Rayos X o de radio, para cualquiera de los tumores arriba enlistados, el máximo beneficio pagadero por el curso completo del tratamiento, incluyendo la extirpación quirúrgica, será el estipulado para su extirpación quirúrgica.	

Recto	%
Resección radical por malignidad, todos los estadios incluyendo colostomía	100.0%
Hemorroides, externas solamente, excisión –procedimiento completo	7.5%
Hemorroides, internas o internas y externas incluyendo prolapso rectal, total por excisión o bien, por inyección, tratamiento completo	20.0%
Fístula anal	17.5%
Fisura anal	5.0%
Otras operaciones quirúrgicas en el recto	17.5%

Venas, Varicosas - Procedimiento completo en todas las venas	%
Cirugía o tratamiento por inyecciones, una pierna	20.0%
Dos piernas	30.0%

Obstetricia	0.0%
-------------	------

Garganta	%
Amigdalectomía o amigdalectomía y adenoidectomía:	
Adultos o niños de 15 años o mayores	17.5%
Niños menores de 15 años	12.5%
Uso de laringoscopio para diagnóstico	5.0%

6. Beneficios por Hospitalización

Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente o Enfermedad

La Aseguradora pagará, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en la Carátula de esta Póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el período del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado por un mínimo de 24 horas en un hospital a consecuencia de un Accidente amparado o Enfermedad cubierta por esta Póliza.

Las coberturas adicionales para este beneficio son:

- **Beneficio Conyugal**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si el Asegurado y su Cónyuge son hospitalizados simultáneamente. Este beneficio termina en cuanto alguno de los cónyuges salga del Hospital.

- **Beneficio por Terapia Intensiva**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el período en que se utilice la Unidad de Terapia Intensiva, si a consecuencia del Accidente amparado o de la Enfermedad cubierta que motivó la hospitalización del Asegurado fuere necesario el uso de dicha unidad.

- **Beneficio por Cáncer**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si la hospitalización del Asegurado es a consecuencia de Cáncer, siempre que ésta se deba a un primer diagnóstico. Este beneficio será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la Carátula de la Póliza.

- **Beneficio por Afecciones Cardiacas**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si la hospitalización del Asegurado es a consecuencia de un infarto al miocardio o una afección de Arterias coronarias que requiera puente coronario, siempre que ésta se deba a un primer diagnóstico. Este beneficio será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la Carátula de la Póliza.

- **Beneficio por Accidente Cerebrovascular**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si la hospitalización del Asegurado es a consecuencia de un infarto al miocardio o una afección de Arterias coronarias que requiera puente coronario, siempre que ésta se deba a un primer diagnóstico. Este beneficio será una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la Carátula de la Póliza.

- **Beneficio por Hospitalización en el Extranjero**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura, si el Asegurado se Hospitaliza fuera de su país de residencia durante el transcurso de un viaje.

- **Beneficio por Hospitalización a causa de Accidente**

La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura, si el Asegurado se encuentra hospitalizado a causa de un accidente amparado.

Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente

La Aseguradora pagará, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en la Carátula de esta Póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el período del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado por un mínimo de 24 horas en un hospital a consecuencia de un Accidente amparado por esta Póliza.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Indemnización Diaria por Hospitalización.

Periodo de Beneficio

Por cada Accidente o Enfermedad cubierta, se establece un periodo de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, limitándose a un máximo de 365 días.

Hospitalizaciones Sucesivas

En el caso de hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo Accidente y/o Enfermedad, separadas por intervalos

menores a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo de beneficio de 365 días.

En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva después de transcurrir 12 meses, independientemente de que haya sido un accidente o enfermedad el motivo de la misma, el periodo máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

7. Exclusiones

A. Para todas las coberturas

Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

- 1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- 2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- 3. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- 4. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- 5. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur.**
- 6. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.**
- 7. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 8. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 9. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
- 10. Tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente.**
- 11. Riña, cuando él la haya provocado.**
- 12. Cualquier forma de navegación submarina.**

B. Para las coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

- 1. Enfermedad corporal o mental.**
- 2. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un accidente.**
- 3. Envenenamientos de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 4. Abortos, cualquiera que sea su causa, con excepción de los que acontezcan como resultado de un accidente.**
- 5. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 6. Muerte o lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado alcohólico o por el uso de estimulantes, enervantes, drogas o similares, no prescritos por un médico.**

7. La muerte o cualquier pérdida que se manifieste con posterioridad a 90 días después de ocurrido el Accidente.
- C. Para las coberturas de Invalidez Total o Parcial**
1. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- D. Para las coberturas de Gastos Médicos y Hospitalización**
Los gastos incurridos o indemnizaciones a consecuencia de:
1. Cualquier tratamiento relacionado con Padecimientos Preexistentes a la fecha en que inicie la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.
 2. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
 3. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a Amigdalitis, Adenoiditis o Hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
 4. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 5. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.
 6. Tratamientos de enfermedades que son transmitidas sexualmente.
- E. Para Reembolso de Gastos Médicos Quirúrgicos**
Los gastos incurridos por:
1. Tuberculosis pulmonar, una vez diagnosticada como tal.
 2. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica por afecciones o lesiones en cualquier órgano del aparato reproductor femenino, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los seis meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.

Definiciones

Aseguradora. Chubb Seguros México, S.A.

Contratante. Persona física o moral, cuya propuesta sirve de base para la expedición de esta Póliza y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros del grupo o la Colectividad Asegurada.

Familia Asegurable. Es el Titular, Cónyuge y cada uno de sus Dependientes que se indican en el certificado de seguro.

Titular. Es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurada, que ha quedado registrado como tal y cuya edad se encuentra dentro de los límites establecidos por la Aseguradora.

Cónyuge. Se considera como cónyuge a la esposa o esposo del Asegurado Titular, o a falta de éste, con quien haya hecho vida marital durante los cinco años anteriores al fallecimiento (o evento indemnizable), o con quien haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio y cuya edad se encuentre dentro de los límites establecidos por la Aseguradora.

Asegurado. Cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Aseguradora y que a solicitud del Contratante, han quedado amparados bajo esta Póliza.

Accidente Amparado. Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

Se considerarán como accidentes, entre otros casos:

- a) La muerte del Asegurado por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- b) La electrocución involuntaria.

Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado. Todos estos accidentes, entre otros, quedan amparados siempre y cuando la cobertura de la Póliza se encuentre en vigor al momento de realizarse el evento indemnizable.

Invalidez Total y Permanente. Se entenderá por Invalidez Total y Permanente a la incapacidad que sufra el Asegurado a causa de un accidente o enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada) que le impida el desempeño de su trabajo habitual (remunerado) u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social y cuando se compruebe que dicha imposibilidad es de carácter permanente y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Invalidez Temporal Total. Es la incapacidad total que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada), para el desempeño de su trabajo habitual (remunerado), siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito; y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Invalidez Temporal Parcial. Es la incapacidad que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada), para el desempeño de una o más de las actividades propias de su trabajo habitual (remunerado); y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Gastos Médicos Cubiertos. Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que se incurra para la atención de lesiones en la persona del Asegurado, ocasionados por un Accidente y/o Enfermedad cubierto y que:

- a) Por prescripción de un Médico sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los cargos usuales y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios.
- b) Sean proporcionados por Instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado.

Periodo de Hospitalización. Es el período en que debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, sea estrictamente necesario permanezca un Asegurado internado en un Hospital. Este período deberá ser mayor de 24 horas.

Período de Convalecencia Domiciliaria. Es el período en que el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Periodo de Espera. Es el período ininterrumpido que debe tener de vigencia la Póliza para que sean cubiertos algunos padecimientos excluidos al inicio de la misma.

En el caso de los beneficios para invalidez, se refiere al periodo continuo en estado de invalidez desde la fecha en que ocurrió el accidente amparado o la enfermedad cubierta.

En el caso de los beneficios de indemnización diaria por hospitalización, se refiere al periodo continuo que el Asegurado debe permanecer internado en un Hospital a causa del accidente amparado o enfermedad cubierta.

Médico. Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que no sea la persona asegurada o miembro de la familia del mismo.

Padecimiento Preexistente: Son aquellos, que:

- Con anterioridad a la celebración del contrato, un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo, o
- Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico, así lo determine. Por perito médico, se entenderá al que designen las partes.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Institución de Seguros, en acudir a un arbitraje privado.

La Institución Aseguradora, acepta que si el reclamante acude a esa Instancia se somete a comparecer ante este Arbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Institución Aseguradora.

Generalidades

Contrato. La Póliza, la Solicitud de Seguro, el Registro de Asegurados, los Consentimientos y Certificados Individuales, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

Rectificación de la Póliza. Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Modificaciones al Contrato. Este contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

Moneda. Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de la Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Si el seguro se pactara en otra moneda, los pagos correspondientes se harán en el equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en el momento en que se efectúen los pagos.

Suma Asegurada. Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora por cada Asegurado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada.

Todas las personas que forman parte del grupo o la Colectividad asegurable se considerarán como aseguradas por la suma que a cada uno le corresponda, siempre que el Contratante pague a la Aseguradora los ajustes respectivos y de acuerdo con las reglas siguientes:

- a) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de la suma asegurada a la Aseguradora, por conducto del Contratante, en o antes de la fecha en que tenga derecho a ingresar al grupo o a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, quedará asegurada a partir de la fecha en que adquiera el mencionado derecho.
- b) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Aseguradora, por conducto del Contratante, dentro de los treinta días posteriores a la fecha en que tenga derecho a ingresar al grupo o a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, quedará asegurada a partir de la fecha de su consentimiento o de su solicitud.
- c) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Aseguradora, por conducto del Contratante después de los treinta días de la fecha en que tuvo derecho a ingresar al grupo o a la colectividad o al aumento en el importe del seguro, deberá presentar, sin costo alguno para la Aseguradora, pruebas de buena salud y de asegurabilidad. Si dichas pruebas son satisfactorias para la Aseguradora, el seguro o el aumento entrará en vigor desde la fecha en que se acepten estas pruebas, mediante la inscripción en el registro respectivo.

Notificaciones. Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la Carátula de esta Póliza.

Competencia. En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros.

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 8:30 a 17:00 horas
Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Prescripción. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

Interés Moratorio. Si la Aseguradora no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Indisputabilidad. Esta Póliza será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo o la colectividad asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado.

En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Aseguradora.

Omisiones o Inexactas Declaraciones. El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Edad. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real al tiempo de celebración del contrato, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por esta; pero en este caso, se devolverá al Contratante la reserva de riesgos en curso que corresponda al Certificado Individual en la fecha de su rescisión.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la Póliza o certificado respectivo, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Si la edad real del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las siguientes reglas:

- e) 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 Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato.
- f) Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- g) 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 Aseguradora estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- h) Si después de ocurrido un siniestro, la Aseguradora descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado, y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la Póliza.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha de celebración del Contrato.

Edades de Aceptación

Titular y Cónyuge. La edad mínima de aceptación será de 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación será de 65 años con renovación hasta los 69 años; excepto para las coberturas de invalidez, cuya edad máxima de aceptación es de 59 años y renovación hasta los 60 años.

Vigencia del Contrato

Periodo del Seguro

Las partes convienen en que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación, coinciden siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la Carátula de la Póliza.

Fecha de Inicio de Vigencia

A las doce horas de la fecha de vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza.

Fecha de Fin de Vigencia

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las doce horas de la fecha correspondiente:

- a) Al término del período del seguro.
- b) Si los miembros del grupo o la colectividad asegurada pierden su calidad de grupo o colectividad asegurable, la Aseguradora dará por cancelado el contrato mediante aviso con treinta días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo, devolviendo la prima no devengada al momento de la cancelación
- c) A falta de pago de primas, la vigencia del contrato finaliza a las doce horas de la fecha en que termine el termino convenido para el pago de la prima señalado en la Carátula de la Póliza.
- d) El Contratante puede cancelar este contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Aseguradora reciba el documento; para lo cual, la Aseguradora se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del contrato.

Renovación Automática

Si dentro de los últimos 30 días anteriores al término de la vigencia de la Póliza el Contratante no comunicara a la Aseguradora su deseo de no renovar la Póliza, se entenderá que la misma queda renovada automáticamente por un término igual al contratado originalmente, contado a partir de la fecha de vencimiento de la Póliza y en las mismas condiciones en que fue pactado, siempre que las condiciones de riesgo manifestadas originalmente se mantengan y no hayan sido agravadas, siendo obligación del contratante manifestar por escrito cualquier modificación a las condiciones de riesgo originales.

En cada renovación se aplicará la prima de tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas conforme a la edad alcanzada por cada Asegurado siempre y cuando dicha edad no sea mayor al límite máximo establecido en la cláusula edades de aceptación.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Procedimientos

Cesión

Los derechos derivados de los Certificados podrán ser transmitidos sólo mediante declaración por escrito hecha por el cedente y por el cesionario en el Certificado respectivo, y notificación a la Aseguradora por medio de una constancia suscrita por dichas partes.

Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula Termina Para el Pago de la Prima y Primas, el Contratante podrá dentro de los treinta días siguientes al último día del término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima, cubrir la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si ha pactado su pago fraccionado; en este caso y si el grupo o la Colectividad Asegurable sigue cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima y la hora y el día en que surte efectos la rehabilitación. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito se conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y en su caso devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos iniciales y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las doce horas de la fecha de pago.

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

En ningún caso, la Aseguradora responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima y la hora y el día de pago a que se refiere esta cláusula.

Altas y Bajas

1. Altas

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Cónyuge o Dependientes podrá ser incluida en las coberturas de la presente Póliza mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Aseguradora.

2. Bajas

Se excluirá de la cobertura al cónyuge, en caso de que se separe legalmente de él.

Primas

El Contratante será el único responsable ante la Aseguradora del pago de la totalidad de la prima.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido en la Carátula de la Póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este párrafo.

Si los miembros del grupo o la colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

La forma y el término para el pago de las primas será de conformidad con lo que se establezca en la Carátula de la Póliza.

Si el Contratante, de acuerdo a las políticas de la Aseguradora, opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato.

La tarifa con la cual se calculen las primas, será la que a la fecha del cálculo esté vigente en la Aseguradora y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Término para el pago de la prima

Si no hubiese sido pagada la prima, dentro del término convenido señalado en la Carátula de Póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

La falta de pago de la prima no será motivo inmediato de cancelación de la presente Póliza, pues ésta continuará en vigor por el término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima.

Si durante el término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima y por causa de ocurrir un accidente o enfermedad amparado a algún miembro del grupo o la colectividad que de lugar al pago de una indemnización por parte de la Aseguradora, ésta tendrá derecho a deducir la prima que se haya vencido, del o los miembros del grupo o la colectividad antes señalados, liquidando el importe restante al Asegurado o a sus Beneficiarios, según corresponda.

Una vez transcurrido el término convenido señalado en la Carátula de la Póliza para el pago de la prima sin que se haya pagado la prima, la Póliza quedará sin ningún valor, pudiendo sin embargo, rehabilitarse posteriormente.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en la Póliza y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

Cancelación del Seguro

a) A petición del Contratante

El Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

b) Cancelación Automática

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

- Que por voluntad del Contratante la prima no sea pagada, sin perjuicio de lo señalado en el apartado denominado "Término para el Pago de la Prima".
- Que el Asegurado ya no se encuentre dentro del rango de edad establecido por la Aseguradora.

Administración de Indemnizaciones

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora; además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos, acerca del hecho que genera la reclamación.

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

No se hará, por parte de la Aseguradora, ningún pago por servicio en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualquier otro semejante donde no se exige remuneración.

Liquidación

Los últimos Beneficiarios designados tendrán derecho a cobrar directamente de la Aseguradora, la suma asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Aseguradora pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente.

La Aseguradora pagará al Asegurado, en vida de éste, o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento, la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas a fin de documentar la reclamación.

Deducciones

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

Otros Seguros

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas (Artículo 100 de la Ley Sobre el contrato de seguro), lo anterior únicamente será aplicable para los beneficios de gastos médicos.

Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones (Artículo 101 de la Ley Sobre el contrato de seguro).

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100 de la Ley Sobre el contrato de seguro, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán validados y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado (Artículo 102 de la Ley Sobre el contrato de seguro).

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas (Artículo 103 de la Ley Sobre el contrato de seguro).

Descripción de los Beneficios

7. Beneficios por Invalidez Total

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente y dicha incapacidad es continua por el período de espera que se estipula en la Carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Comprobación del Estado de Invalidez

El estado de Invalidez Total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Esta podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total.

Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Invalidez Total, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

Indemnización Diaria por Invalidez Total Temporal a causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualesquiera otra causa, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de invalidez temporal total y si dicha incapacidad es continua por el periodo de espera que se estipula en la Carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará después de dicho periodo y mientras subsista el estado de invalidez total temporal, la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un período que no excederá de 1,460 días, contados desde la fecha del accidente.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Invalidez Temporal Total o Parcial.

Incapacidades Sucesivas

En el caso de que el Asegurado sufra una invalidez total temporal a causa de un mismo accidente separada por intervalos menores a un año, cada periodo de invalidez será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio correspondiente.

En caso de ocurrir una hospitalización sucesiva después de transcurrir 12 meses, independientemente de que haya sido accidente o enfermedad el motivo de la misma, el periodo máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

Nulidad

Estas coberturas no surtirán efecto si el Asegurado no tiene una actividad permanente y remunerada en el momento en que sufra algún estado de invalidez temporal.

En caso de que se tengan contratadas simultáneamente cualquier cobertura de invalidez temporal junto con una de invalidez total y permanente, se aplicará el siguiente procedimiento:

Si en primer instancia se le diagnostica al Asegurado invalidez total o parcial temporal, pero posteriormente (dentro de los 90 días siguientes al accidente o enfermedad, según se haya contratado), dicho diagnóstico cambia a invalidez total y permanente, entonces se pagará la suma asegurada que corresponde al beneficio de invalidez total y permanente, pero descontando de dicho pago, las cantidades que esta Aseguradora haya pagado al Asegurado por el beneficio de invalidez temporal.

La suma asegurada por el beneficio de invalidez total y permanente siempre deberá ser mayor o igual a la suma asegurada máxima a pagar por el tiempo de invalidez temporal.

Comprobación de Estado de Invalidez

El estado de invalidez total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Esta podrá cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez total. Si éste se niega a esta comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

8. Beneficios por Gastos Médicos

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada contratada en esta cobertura, los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo. A esta cobertura se aplicará el deducible estipulado en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

A. Para todas las coberturas

Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

- 1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- 2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- 3. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- 4. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
- 5. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur.**
- 6. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.**
- 7. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 8. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 9. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
- 10. Tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente.**
- 11. Riña, cuando él la haya provocado.**
- 12. Cualquier forma de navegación submarina.**

B. Para las coberturas de Invalidez Total o Parcial:

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

C. Para las coberturas de Gastos Médicos y Hospitalización

Los gastos incurridos o indemnizaciones a consecuencia de:

1. Cualquier tratamiento relacionado con Padecimientos Preexistentes a la fecha en que inicie la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.
2. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
3. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a Amigdalitis, Adenoiditis o Hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión.
4. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
5. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.
6. Tratamientos de enfermedades que son transmitidas sexualmente.

Cláusula General

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado y/o el contratante y la Póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, debiendo el Asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

Así mismo se incluye la siguiente exclusión en el apartado correspondiente.

Exclusión

Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato: Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

Aviso Corto de Privacidad

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 mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección <https://www2.chubb.com/mx-es/>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 08 de junio de 2023, con el número CNSF-S0039-0124-2023 / CONDUSEF-005782-02.

Contacto

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

Tel.: 800 223 2001