

Seguro Protegido Flexible de Vida

CHUBB®

Contenido

Importante	4
Disposiciones Particulares	
Secciones de Vida	5
Cláusula 1ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Vida	5
Cláusula 2ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Vida	6
Servicio de Asistencia Funeraria	16
Secciones de Accidentes y Enfermedades	19
Cláusula 3ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades	19
Cláusula 4ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades	21
Cláusula 5ª. Exclusiones Generales aplicables a las Coberturas de Accidentes y Enfermedades	52
Servicios de Asistencia	54
Disposiciones Generales	58
Cláusula 1ª. Definiciones	58
Cláusula 2ª. Edades de Aceptación	60
Cláusula 3ª. Carencia de Restricciones	61
Cláusula 4ª. Indisputabilidad	61
Cláusula 5ª. Omisiones o Inexactas Declaraciones	61
Cláusula 6ª. Beneficiarios	61
Cláusula 7ª. Procedimiento en caso de Siniestro	62
Cláusula 8ª. Terminación Anticipada y Cancelación	63
Cláusula 9ª. Renovación	63
Cláusula 10ª. Territorialidad	64
Cláusula 11ª. Prima	64

Cláusula 12ª. Vigencia	65
Cláusula 13ª. Modificaciones	65
Cláusula 14ª. Notificaciones	65
Cláusula 15ª. Competencia	65
Cláusula 16ª. Interés Moratorio	66
Cláusula 17ª. Prescripción	66
Cláusula 18ª. Moneda	66
Cláusula 19ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios Personas Morales	66
Cláusula 20ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	66
Cláusula 21ª. Agravación Esencial del Riesgo	67
Cláusula 22ª. Contratación por Medios Electrónicos	68
Cláusula 23ª. Extinción de Obligaciones	69
Cláusula 24ª. Entrega de documentación contractual para el caso de celebración de contrato por internet o por conducto de prestador de servicios al que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	69
Cláusula 25ª. Cláusula de Beneficios Chubb	70
Invitación para Consultar al RECAS	71
Aviso de Privacidad Corto	71
Liga a Cita de Preceptos Legales	71
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios (Vida)	72
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)	73
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	74
Formato de Designación de Beneficiarios	75

IMPORTANTE

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

Para efectos de claridad, usted podrá recibir:

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

Seguro Protegido Flexible de Vida

Disposiciones Particulares Secciones de Vida

Cláusula 1ª. Definiciones Generales Aplicables a las Secciones de Vida

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

1. **Accidente:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. **No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
2. **Beneficiario:** Es la persona física o moral designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro especificado en la Carátula de la Póliza.
3. **Deporte Extremo:** Aquellas actividades de ocio o deportivas que conllevan un punto de riesgo y peligrosidad para las personas que la practican, pues se dan una serie de condiciones de considerada dificultad.
4. **Deporte Profesional:** Es cuando el Asegurado se dedica voluntaria y regularmente a la práctica de un deporte, a cambio de una remuneración o salario que represente el sustento de su vida personal y lo obliga a practicar cotidianamente su actividad para perfeccionarla.

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

Cobertura Básica

1. Indemnización por Fallecimiento

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado en el documento establecido para tal efecto denominado formato de Designación de Beneficiarios, la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, de la manera y en los términos y condiciones estipuladas en este contrato, siempre y cuando este contrato se encuentre en vigor al momento del fallecimiento y la Compañía reciba las pruebas de fallecimiento del Asegurado, de conformidad con lo estipulado en el apartado Documentos para el Pago de Indemnización.

Suicidio

En caso de muerte por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los primeros dos años de vigencia de este contrato o de su última rehabilitación, cesará la obligación de la Compañía por el pago de la suma asegurada, limitándose su obligación al pago de la reserva matemática que la Compañía tenga constituida a la fecha del fallecimiento, conforme a lo dispuesto por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Documentos para el Pago de Indemnización

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

Para la cobertura de Indemnización por Fallecimiento

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (si lo tuviesen) y Beneficiario, según sea el caso (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar) y documento original para efectos de cotejo.
3. Carátula de la Póliza con designación de Beneficiarios, en caso de contar con ella (en caso de no existir designación de Beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea).
4. Acta de defunción del Asegurado (original o copia certificada).
5. Copia simple del Acta de nacimiento del Beneficiario (si el Beneficiario es hijo del Asegurado).
6. Copia simple del Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge).
7. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
8. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
9. Comprobante de domicilio del Beneficiario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Adicional a esta cobertura, se le podrá otorgar al Asegurado, sin costo adicional, la siguiente cobertura:

2. Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

La Compañía pagará, a solicitud del Asegurado, un anticipo de la Suma Asegurada contratada para la cobertura Indemnización por Fallecimiento, cuando el Asegurado sea diagnosticado con una Enfermedad en Fase Terminal estando vigente la Póliza. Dicho anticipo podrá ser de hasta el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de Indemnización por Fallecimiento antes mencionada, el límite de la Suma Asegurada será de 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro. Dicho anticipo será descontado de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de Indemnización por Fallecimiento al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Para efectos de esta cobertura se considerará que el Asegurado está en fase de Enfermedad Terminal cuando sufra alguno de los siguientes padecimientos en Fase Terminal: Cáncer en Fase Terminal, Síndrome de Inmunodeficiencia

Adquirida en Fase Terminal, las enfermedades de las motoneuronas en Fase Terminal, Insuficiencia Renal en Fase Terminal, Insuficiencia Cardíaca en Fase Terminal o Insuficiencia Hepática en Fase Terminal, siempre y cuando un Médico certifique lo siguiente:

- Exista la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- No existan posibilidades de una respuesta al tratamiento específico.
- No exista tratamiento curativo o con capacidad para retrasar la evolución de la enfermedad.
- Existan la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- El pronóstico de vida realizado por un médico sea inferior a seis (6) meses.

Pago

El pago que, en su caso, efectúe la Compañía al amparo de esta cobertura producirá los siguientes efectos:

- a) La Suma Asegurada básica para el caso de la cobertura de Indemnización por Fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en esta cobertura.
- b) La reserva y la prima estipulada se reducirán en la misma proporción conforme a lo señalado en el inciso anterior. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el Contratante o el Asegurado

Exclusiones

Para la cobertura de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal Esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago del Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal cuando la enfermedad terminal sea efecto de alguna de las siguientes situaciones:

1. **Cualquier cáncer sin invasión, in situ, o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma por invasión.**
2. **Enfermedad que sea a consecuencia de la adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.**
3. **Enfermedades intencionalmente causadas a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**
4. **Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.**
5. **Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior al inicio de vigencia de la Póliza.**
6. **Cualquier enfermedad que no esté descrita en esta cobertura y que no se encuentre en fase terminal.**

Documentos para el Pago de Indemnización

Para la cobertura de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado y documento original para efectos de cotejo.
3. Informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado y en el cual se haga constar que el pronóstico de vida del Asegurado es menor a seis (6) meses, a causa de la Enfermedad Terminal amparada por esta Póliza.
4. Historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.
5. La Compañía se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico especialista en la enfermedad en fase terminal que ésta designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis.

Coberturas Adicionales

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas adicionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula y/o especificación de la Póliza.

1. Indemnización por Muerte Accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, siempre y cuando al momento del siniestro, la Póliza se encuentre vigente.

Exclusiones

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

- a) **Por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- b) **Accidentes que se originen por participar en:**
 - i. **Actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - ii. **Riñas, cuando el Asegurado sea el provocador.**
 - iii. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) **Esta Póliza no ampara la muerte accidental que se origine por participación del Asegurado en actividades como:**
 - i. **Servicio militar.**
 - ii. **Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de Pasajeros.**
 - iii. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.**
 - iv. **Como conductor o Pasajero de motocicletas y vehículos de motor similares, acuáticos o terrestres; y**
 - v. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**
- d) **Suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; y**
- e) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

Documentos para el Pago de Indemnización

Para la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental

- 1. **Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (a ser proporcionado por la Compañía).**
- 2. **Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (si la tuviesen) y Beneficiario (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar) y documento original para efectos de cotejo.**
- 4. **Copia simple del Acta de matrimonio (si el Beneficiario es el cónyuge).**
- 5. **Carátula de la Póliza con designación de Beneficiarios, en caso de contar con ella (en caso de no existir designación de Beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea).**

6. Formato “Conoce a tu Cliente” (a ser proporcionado por la Compañía).
7. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
8. Comprobante de domicilio del Beneficiario, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
9. Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público completas o ante la autoridad competente.

2. Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará al Asegurado hasta el límite de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta Póliza se encuentre en vigor y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas según la tabla contratada:

Escala de Indemnización A

Pérdida orgánica	% de la Suma Asegurada Contratada
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Un mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Escala de Indemnización B

Pérdida orgánica	% de la Suma Asegurada Contratada
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Un mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, sin incluir, el dedo pulgar o el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá la Suma Asegurada de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Exclusiones para la cobertura de Pérdidas Orgánicas

Esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la Pérdida Orgánica sea a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- Accidentes que se originen por participar en:**
 - Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 - Riña provocada por el Asegurado.
- Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:**
 - Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, cuando el Asegurado participe activamente.
 - Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - La práctica profesional de cualquier deporte.
- Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las**

reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

- 5. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 6. Cuando se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en terrorismo o actos de terrorismo, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).**
- 7. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**

Para el pago de la indemnización de la cobertura de Pérdidas Orgánicas

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

3. Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente, el Asegurado, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

Se considera como Invalidez Total y Permanente a la incapacidad que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de seis (6) meses.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente sin que opere el periodo de espera de seis (6) meses antes mencionado, los siguientes eventos:

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

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

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico con cédula profesional y certificado en la especialidad en la materia.

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

Exclusiones

Para la cobertura de Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente, esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la invalidez sea a consecuencia de:

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

7. **Invalidez total y permanente cuando la misma se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en terrorismo o actos de terrorismo, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).**
8. **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
9. **Accidentes ocurridos previos al inicio de vigencia de la Póliza que por su naturaleza conlleven a la invalidez total y permanente del Asegurado durante la vigencia de la misma o que derivado de los cuales la invalidez se hubiere pronosticado antes del inicio de vigencia de esta Póliza.**

Cuando las lesiones causadas por el Accidente que provoque el estado de invalidez puedan ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

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

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Formato expedido por la institución o Médico Especialista en medicina del trabajo que atendió al Asegurado, en hoja membretada, firmado y sellado en donde se indique la fecha exacta de inicio del estado de invalidez, Diagnóstico definitivo, así como porcentaje de Invalidez Total y Permanente.
7. Informe médico emitido por Especialista.
8. Copia de los recibos de nómina y/o estados de cuenta bancarios de los 3 (tres) meses anteriores a la fecha en la que se haya dictaminado la Invalidez Total y Permanente.
9. Copia certificada de las actuaciones completas ante el Ministerio Público o autoridad competente.

4. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad y Accidente

Si como consecuencia directa de una enfermedad diagnosticada o Accidente ocurrido, durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

Se considera como Invalidez Total y Permanente a la incapacidad que sufra el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o Accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de seis (6) meses.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente sin que opere el periodo continuo de seis (6) meses, los siguientes eventos:

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

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

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico con cédula profesional y certificado en la especialidad en la materia.

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

Exclusiones

Para la cobertura de Indemnización por Invalidez Total y Permanente por enfermedad o Accidente, esta Póliza no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la invalidez sea a consecuencia de:

- 1. Enfermedades preexistentes, siempre y cuando la enfermedad preexistente tenga un pronóstico médico que claramente indique que dicha enfermedad llegará a generar un estado de invalidez futuro.**
- 2. Por accidentes que se originen por participar en:**
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
 - c) Riña provocada por el Asegurado.**
- 3. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:**
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.**
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.**
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - d) Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional**

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

e) La práctica profesional de cualquier deporte.

4. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
5. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
6. Invalidez total y permanente cuando la misma se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en terrorismo o actos de terrorismo, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
7. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
8. Accidentes ocurridos previos al inicio de vigencia de la Póliza que por su naturaleza conlleven a la invalidez total y permanente del Asegurado durante la vigencia de la misma o que derivado de los cuales la invalidez se hubiere pronosticado antes del inicio de vigencia de esta Póliza.

Cuando las lesiones causadas por el Accidente que provoque el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

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

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

se haya dictaminado la Invalidez Total y Permanente.

9. En caso de accidente, copia certificada de las actuaciones completas ante el Ministerio Público o autoridad competente.

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

Servicio de Asistencia Funeraria

Descripción: En caso de tener contratado este servicio de asistencia, en caso de fallecimiento del Asegurado, un Beneficiario o familiar del Asegurado se comunicará vía telefónica dentro de las 24 horas siguientes al deceso con el prestador de servicios de asistencia (en adelante el "Proveedor") al teléfono señalado en la Carátula de la Póliza para que coordine los servicios funerarios.

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

El Proveedor se hará cargo de todo el servicio funerario, siendo este procedimiento requisito indispensable para el otorgamiento del servicio.

El Proveedor le propondrá al solicitante del servicio cuando menos dos o tres alternativas de agencias funerarias con las cuales se podrá prestar el servicio; lo anterior siempre y cuando en la localidad en donde se solicite el servicio existan alternativas suficientes.

El Proveedor solo se compromete a la prestación de los servicios funerarios mediante las agencias funerarias con las que tiene un convenio en la República Mexicana o con cualquier tercero que designe, y en ningún caso harán devoluciones de dinero ni cubrirá ningún gasto, si se contratara otra agencia diferente a la que se haya autorizado.

Todos y cada uno de los derechos y deberes podrán ser ejercidos por los Beneficiarios(as) designados que aparecen y están registrados en la Póliza, en el entendido de que la primera persona que reporte y solicite el Servicio Funerario determinará el tipo de servicio que se otorgará.

El solicitante del servicio de asistencia funeraria podrá elegir una de las siguientes opciones:

a) En caso de Inhumación

- Recolección del Cuerpo.
- Arreglo Estético del Cuerpo.
- Ataúd Metálico.
- Sala de Velación (uso por hasta 24 horas).
- El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional.
- Gestión de Trámites en relación con los servicios funerarios.
- Traslado en Carroza para Inhumación (máximo de 30 kilómetros).
- Orientación jurídica testamentaria vía telefónica.

b) En caso de Cremación

- Recolección del Cuerpo.
- Arreglo Estético del Cuerpo.
- Ataúd para Velación.

- Sala de Velación (uso hasta por 24 horas).
- El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional.
- Servicio de Cremación.
- Una Urna para Cenizas.
- Gestión de Trámites en relación con la asistencia funeraria.
- Orientación jurídica testamentaria vía telefónica.

En el servicio funerario NO se incluyen exhumaciones o lotes en el panteón ni ningún otro servicio que no esté expresamente relacionado en la presente Cláusula.

a) Especificaciones en Caso de Inhumación

- **Recolección del Cuerpo:** Este servicio consiste en recolectar el cuerpo del lugar de fallecimiento (o el lugar en que se encuentre el cuerpo) y trasladarlo a una agencia funeraria o domicilio especificado dentro de la localidad donde haya ocurrido el deceso, siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.
- El servicio se prestará dentro de la misma área geográfica del punto de recolección del cuerpo e incluye una distancia de traslado de máximo de 30 kilómetros. **El costo por los kilómetros adicionales de traslado deberá ser cubiertos por el Beneficiario o familiar que solicita el servicio, en cuyo caso aplica precio especial y descuento únicamente si se coordina desde un inicio con una agencia funeraria en la red del Proveedor.**
- **Arreglo Estético del Cuerpo:** Incluye la preparación, limpieza, vestido y maquillaje facial del cuerpo. **NO INCLUYE EL EMBALSAMADO.**
- **Ataúd para Velación:** Se refiere al suministro de un receptáculo metálico estándar para restos mortuorios. Dicho receptáculo tendrá como mínimo una lámina de calibre 22 (grosor) para mayor seguridad.
- **Sala de Velación:** La sala de velación se refiere al espacio dentro de la agencia funeraria destinado a velar el cuerpo hasta por un lapso de hasta 24 horas. En caso de que la velación sea en un domicilio pactado por el Beneficiario o familiar del fallecido que solicita el servicio, se llevarán a dicho domicilio los materiales necesarios para realizar la correcta velación en el mismo.
- **Traslado en Carroza para Inhumación:** Se refiere al traslado del cuerpo del lugar de velación hasta el panteón o cementerio en donde se vaya a inhumar el cuerpo, mismo que será dentro o cercana al área en que se realizó la velación (máximo de 30 kilómetros). **El costo por los kilómetros adicionales de traslado deberá ser cubiertos por el Beneficiario o familiar que solicita el servicio.**
- **Gestión de Trámites en relación con los servicios funerarios:** Se refiere a realizar todos los trámites y permisos necesarios para llevar a cabo el servicio mortuario, en el lugar en el que se haya producido el fallecimiento, como son los permisos de traslado de un cuerpo, los permisos de inhumación, registro civil, salubridad, el pago de derechos municipales, entre otros. No incluye declaraciones ministeriales en las que los familiares tengan que presentarse, ni la obtención del certificado de defunción.

El tipo de servicio funerario es el servicio básico que tengan las funerarias en convenio con el Proveedor de la localidad correspondiente.

b) Especificaciones en Caso de Cremación

- **Recolección del Cuerpo:** Este servicio consiste en recolectar el cuerpo del lugar de fallecimiento (o el lugar en que se encuentre el cuerpo) y trasladarlo a una agencia funeraria dentro de la localidad donde haya ocurrido el deceso, siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.
- El servicio se prestará dentro de la misma área geográfica del punto de recolección del cuerpo e incluye una distancia de traslado de máximo de 30 kilómetros. **Los kilómetros adicionales serán cubiertos por el Beneficiario o familiar que solicita el servicio, en cuyo caso aplica solo precio especial y descuento si se coordina desde un inicio con agencias funerarias en la red del Proveedor.**
- **Arreglo Estético del Cuerpo:** Incluye la preparación, limpieza, vestido y maquillaje facial del cuerpo. **NO INCLUYE EL EMBALSAMADO.**
- **Ataúd para Velación:** Se refiere a un ataúd, que será utilizado únicamente en la velación del cuerpo, y que se reintegrará a la funeraria al momento de realizar la cremación.
- **Sala de Velación:** La sala de velación se refiere al espacio dentro de la agencia funeraria destinado a velar el cuerpo por un lapso de hasta 24 horas. En caso de que la velación sea en un domicilio pactado por el Beneficiario o familiar del fallecido que solicita el servicio, se llevarán a dicho domicilio los materiales necesarios para realizar su correcta velación en el mismo.
- **Servicio de Cremación:** Se refiere al proceso mediante el cual un cuerpo es sometido a temperaturas suficientes para reducirlo a cenizas.
- **Urna para Cenizas:** Se refiere al suministro de un receptáculo mortuario especial para alojar cenizas.
- **Gestión de Trámites:** Se refiere a realizar todos los trámites y permisos necesarios para llevar a cabo el servicio mortuario, en el lugar en el que se haya producido dicho evento, como son los permisos de traslado de un cuerpo, los permisos de cremación, registro civil, salubridad, entre otros. No incluye declaraciones ministeriales en las que los familiares tengan que presentarse, ni la obtención del certificado de defunción.
- El tipo de servicio es el servicio básico que tengan las funerarias en convenio con el Proveedor de la localidad correspondiente.

c) En ambos casos

En caso de Inhumación o de Cremación, los Beneficiarios tendrán derecho a que se les proporcionen los siguientes servicios:

- **Una consulta telefónica en materia testamentaria con un abogado especialista:** Se otorga el servicio de consulta telefónica respecto a dudas y/o aclaraciones en materia testamentaria con la asesoría de un abogado especialista en el tema.
- **Los servicios de consulta de un tanatólogo, en caso de solicitarlo: (La consulta en persona solo se encuentra disponible en el área metropolitana de la Ciudad de México y en el resto de la República Mexicana. La consulta es vía telefónica).**

d) Requisitos para la prestación del Servicio de Asistencia

En todos los casos y por disposición legal se requerirá necesariamente de la siguiente documentación para la asistencia funeraria:

- Original y copia del certificado de defunción del Asegurado.
- Copia del acta de nacimiento del Asegurado.
- Identificación oficial del Asegurado y del Beneficiario.

En caso de no cumplirse estos requisitos el Proveedor quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente solicitud.

Límite de cobertura: (Depende el plan contratado).

En caso de exceder dicho límite el Beneficiario o familiar que solicite el servicio deberá pagar de forma directa el excedente a la agencia funeraria.

Eventos al año: Único evento.

Secciones de Accidentes y Enfermedades

Cláusula 3ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades

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

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

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

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

2. **Accidente Cubierto:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.
3. **Diagnóstico:** Significa la valoración o la calificación que un Médico Especialista realiza del padecimiento, afectación a la salud o Enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de dichos padecimientos, afectaciones o Enfermedades, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.

4. **Enfermedad:** Significa toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
5. **Enfermedad Congénita:** Significa aquella Enfermedad que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.
6. **Enfermedad Cubierta:** Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa, de un tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad. La enfermedad mencionada deberá ser diagnosticada por un Médico con cédula profesional.
7. **Especialista:** Significa el Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictaminar Diagnósticos o prescribir tratamientos para Enfermedades o afectaciones a la salud que se especifican dentro de este Contrato de Seguro y que adicionalmente cuente con una cédula, autorización o licencia emitida por las autoridades competentes, respecto de la especialidad médica que corresponda.
8. **Fecha de Inicio de Vigencia:** Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.
9. **Fecha de Renovación:** La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para este Producto en la fecha de renovación respectiva.
10. **Hospitalización:** Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o sanatorio, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria de algún accidente, enfermedad, lesión corporal o cirugía programada.
11. **Hospitalizaciones Recurrentes:** Cobertura por internación en el Hospital derivada de las mismas causas que dieron origen a una Hospitalización previa, o bien, por causas que estén relacionadas con la misma, en las cuáles el beneficio ya fue pagado por el plan. Para estos efectos, la nueva Hospitalización se considerará como una continuación de la Hospitalización original.
 - i. Dicha Hospitalización se considerará que ha ocurrido durante el mismo periodo de enfermedad o es el resultado de la misma lesión a los efectos de determinar el periodo máximo de beneficios y el beneficio máximo pagable bajo esta Póliza.
 - ii. Hospitalizaciones separadas por un periodo de doce (12) meses o más, serán consideradas como una internación hospitalaria independiente a los efectos de determinar el periodo máximo de beneficio pagable y el beneficio máximo pagable.
12. **Médico:** Significa la persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, conforme a las leyes del país en donde ejerza. Para efectos de este seguro, no se considerará Médico a cualquier familiar del Asegurado, sea este consanguíneo o por afinidad, así como a cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.

Cláusula 4ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades

1. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

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

Definiciones

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

- 1. Deducible:** Significa el porcentaje o cantidad fija con la cual el Asegurado participa del riesgo. El Deducible se especifica en la Carátula de la Póliza y su pago correrá a cargo del Asegurado, debiendo ser liquidado por éste a efecto de que se pague la indemnización respectiva.
- 2. Prótesis:** Significa aquellos mecanismos sustitutos hechos por el hombre para reemplazar funcional y/o estéticamente las partes faltantes del cuerpo humano.

Riesgo Cubierto

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado requiriera someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los gastos en los que incurra el Asegurado por los mencionados conceptos, hasta el límite de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza descontando el deducible correspondiente que estará a cargo del Asegurado que se encontrará establecido en la Carátula de la Póliza y según las reglas de indemnización (limitaciones) que más adelante se detallan.

El reembolso de gastos médicos se encuentra limitado a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y especificada en la Carátula de la Póliza, salvo lo siguiente:

1. Los gastos que resulten de aparatos de Prótesis, dental o de cualquier otra clase, se cubren hasta el límite máximo del 15% (quince por ciento) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta el límite máximo del 5% (cinco por ciento) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Cualquier indemnización por reembolso de gastos médicos disminuyen proporcionalmente la Suma Asegurada contratada.

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

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

Límite de Pago de Siniestros

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

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

3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de las lesiones causadas por el Accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Compañía

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

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

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

Otros Seguros

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

Exclusiones

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

- a) Gastos médicos que no sean a consecuencia del Accidente cubierto.
- b) Accidentes acuáticos o que ocurran mientras el Asegurado practique actividades de playa (paracaídas de playa, moto acuática, sky acuático).
- c) Accidentes originados por la práctica de buceo cuando no se cuente con la licencia respectiva y/o no se esté bajo supervisión de instructores capacitados y/o la inmersión sea superior a 40 metros.
- d) Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- e) Compra de complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica, cualquiera que sea su causa.
- f) Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un Accidente.
- g) El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.
- h) El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de Prótesis.
- i) Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un Accidente.
- j) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- k) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
- l) Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente.
- m) Honorarios médicos cuando el Médico tratante sea familiar directo del Asegurado.

- n) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- o) Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
- p) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- q) Lesiones ocasionadas directamente por el Asegurado, actos delictivos ocasionados por el Asegurado o con participación intencional por parte de él.
- r) Intento o consumación de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- s) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra (declarada o no), insurrección, revolución o rebelión.
- t) Lesiones que sufra el Asegurado al viajar como pasajero, piloto, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- u) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
- v) Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la Práctica Profesional de cualquier Deporte.
- w) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en alborotos populares.
- x) Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe directamente el Asegurado.
- y) Lesiones sufridas por el Asegurado al practicar alpinismo, montañismo, paracaidismo, buceo, espeleología, equitación, charrería, artes marciales, boxeo, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, deportes aéreos y cacería.
- z) Lesiones sufridas por el Asegurado al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo.
- aa) Los costos que correspondan al donador de órganos, aun cuando el Asegurado pague dichos costos.
- ab) Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
- ac) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
- ad) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.
- ae) Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.
- af) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
- ag) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente.

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

2. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

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

Definiciones

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

1. **Día de Hospitalización:** Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
2. **Hospital:** Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el Diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable.
No se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.
3. **Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
4. **Periodo Máximo de Beneficio:** Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón esta cobertura. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

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

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

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

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

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

Exclusiones

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

- a) Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - i. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y
 - ii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
- b) Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**
 - i. Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
 - iii. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y
 - iv. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
- c) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- d) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
- e) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.**
- f) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para**

ejercer como tal.

- g) **Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente.**
- h) **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales.**
- i) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

- 1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
- 2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
- 3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar) en original para cotejo.
- 4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
- 5. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
- 6. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
- 7. Constancia de Hospitalización en dónde se establezca fecha y hora de ingreso y egreso.
- 8. En su caso, copia certificada de la carpeta de investigación correspondiente.

3. Cobertura de Fractura de Huesos

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

Definiciones

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

- 1. **Cuerpo Vertebral:** Significa la porción más voluminosa de la vértebra, la que contribuye en primer término a dar a la columna vertebral su solidez y resistencia.
- 2. **Fractura:** Significa la pérdida de la continuidad del tejido óseo de un Hueso amparado conforme a esta cobertura. En términos de este seguro **no se considerarán Fracturas a aquellas lesiones que no cuenten con una separación completa de todo el espesor del hueso, por lo cual no estarán amparadas las fisuras y las fracturas en tallo verde. Entiéndase por fisura y fractura en tallo verde aquella rotura del hueso que NO produce la pérdida de la continuidad ósea.**
- 3. **Huesos:** Significa cada una de las piezas duras de tejido óseo que forman el esqueleto humano, **sin incluir cartílagos y ligamentos.**
- 4. **Osteoporosis:** Significa la Enfermedad que afecta a los huesos y está provocada por la disminución de la masa ósea que los forma.

Riesgo Cubierto

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

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

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

A. Sección I

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

B. Sección II

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

C. Sección III

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

Exclusiones

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

- a) Fractura de Huesos a consecuencia de actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado, así como cuando la Fractura sea a consecuencia de riña, siempre y cuando el Asegurado la haya provocado.
- b) Fractura de Huesos como consecuencia de una infección bacteriana o viral, excepto cuando es el resultado directo de una lesión corporal accidental.
- c) Fractura de Huesos a causa de Osteoporosis o cáncer en los huesos.

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

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

1. Formato de Reclamación (este formato será proporcionado por la Compañía).
2. Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y Diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).
3. Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde se sustenta la fractura.
4. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado, la cual puede ser: Credencial de elector, Pasaporte, Cédula Profesional y su original para cotejo.
5. Comprobante de domicilio del Asegurado (agua, luz o teléfono), con antigüedad no mayor a 3 meses.
6. Formato conoce a tu cliente (este formato será proporcionado por la Compañía).
7. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
8. En su caso, copia certificada de la carpeta de investigación ante la autoridad competente.

4. Cobertura de Enfermedades Graves

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

Definiciones

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

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

Riesgo Cubierto

Una vez transcurrido el Periodo de Espera y encontrándose vigente de manera ininterrumpida la Póliza, iniciarán los efectos de la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza, en caso de Diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante, siempre que dicha Enfermedad sea diagnosticada durante la vigencia de la Póliza.

Las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta cobertura son las siguientes:

a) Cáncer

Definición de Cáncer

Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento, expansión incontrolada, invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de

células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin.

Riesgo Cubierto

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

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

a.1. Exclusiones aplicables

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

b) Infarto Agudo al Miocardio

b.1. Definición de Infarto Agudo al Miocardio

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

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

b.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticado un Infarto Agudo al Miocardio por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado para esta cobertura. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con un Infarto Agudo al

Miocardio, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Infarto Agudo al Miocardio, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o durante el Periodo de Espera.

b.3. Exclusiones aplicables

- a) Infarto Agudo al Miocardio ocurrido por culpa grave del Asegurado como consecuencia del uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado; e**
- b) Infarto Agudo al Miocardio cuando el Asegurado presente alguna de las siguientes Enfermedades Preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:**
 - i. Diabetes mellitus tipos 1, 2 e idiopática.**
 - ii. Hipertensión arterial.**
 - iii. Obesidad mórbida, definida por un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30 unidades kg/e2, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud.**

c) Apoplejía

c.1. Definición de Apoplejía

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

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

c.2. Riesgo Cubierto

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

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

c.3. Exclusiones aplicables

- a) Ataques isquémicos transitorios.**

d) Insuficiencia Renal Crónica

d.1. Definición de Insuficiencia Renal Crónica

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

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

d.2. Riesgo Cubierto

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

d.3. Exclusiones aplicables

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

e) Cirugía Coronaria

e.1. Definición de Cirugía Coronaria

Significa la cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo.

e.2. Riesgo Cubierto

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

e.3. Exclusiones aplicables

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

f) Esclerosis Múltiple

f.1. Definición de Esclerosis Múltiple

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

f.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado

le es diagnosticado Esclerosis Múltiple por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Esclerosis Múltiple, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Esclerosis Múltiple, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o durante el Periodo de Espera.

f.3. Exclusiones aplicables

a) La Compañía no indemnizará por daño neurológico causado por lupus eritematoso sistémico.

g) Parálisis de Extremidades

g.1. Definición de Parálisis de Extremidades

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

g.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si al Asegurado le es diagnosticada Parálisis de Extremidades por primera vez en su vida, siempre que el Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera, siempre y cuando no sea a consecuencia de un Accidente, en cuyo caso, no aplicará Periodo de Espera alguno. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida con Parálisis de Extremidades, cuando éste no haya recibido Diagnóstico o tratamiento por Parálisis de Extremidades, previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o durante el Periodo de Espera, siempre y cuando no sea a consecuencia de un Accidente.

g.3. Exclusiones aplicables

a) Parálisis ocasionada por Apoplejía.

b) Parálisis ocasionada por Esclerosis Múltiple.

h) Trasplante de Órganos Vitales

h.1. Definición de Trasplante de Órganos Vitales

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

- h.1.1 Corazón
- h.1.2 Pulmón
- h.1.3 Hígado
- h.1.4 Páncreas
- h.1.5 Riñón
- h.1.6 Médula ósea

h.2. Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es sometido por primera vez en su vida a un Trasplante de Órganos Vitales, siempre que dicho trasplante resulte médicamente necesario y ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera. Para efectos de esta cobertura se entenderá que el Asegurado ha sido sometido por primera vez en su vida a un Trasplante

de Órganos Vitales, cuando éste no haya recibido un Trasplante de Órganos Vitales previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o durante el Periodo de Espera.

h.3. Exclusiones aplicables

- a) La Compañía no indemnizará al Asegurado que previo al inicio de vigencia de esta Póliza haya sido sometido a un Trasplante de Órganos Vitales antes de la contratación de este seguro.**
- b) Este seguro no ampara el Trasplante de Órganos Vitales cuando sea a consecuencia de un Accidente.**

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

Cada una de las Enfermedades Graves antes mencionadas aplicarán de manera independiente, es decir, que se pagará la indemnización contratada cada vez que al Asegurado se le diagnostique por primera vez alguna de las Enfermedades Graves.

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

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

- a) Enfermedades Preexistentes y/o Enfermedades Congénitas.**
- b) Ningún beneficio que se base en un Diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un Médico facultado para ejercer la medicina.**
- c) Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio.**
- d) Enfermedad Grave originada como consecuencia de un Accidente ocurrido por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un Médico.**
- e) Enfermedades Graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- f) Enfermedades Graves que se originen por la participación directa del Asegurado en:**
 - i. Aviación privada, en calidad de tripulante, Pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de Pasajeros.**
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, cuando el Asegurado participe directamente.**
 - iii. Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.**
 - iv. Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
 - v. La Práctica Profesional de Cualquier Deporte.**
 - vi. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear**

provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.

vii. Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros; y

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

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

5. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad

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

Definiciones

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

1. **Día de Hospitalización:** Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
2. **Hospital:** Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el Diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable. No se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.
3. **Periodo de Espera:** Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá transcurrir para que el Asegurado tenga derecho a los

beneficios de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad es el establecido en la Carátula de la Póliza.

- 4. Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
- 5. Periodo Máximo de Beneficio:** Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de esta cobertura. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

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

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

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

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

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

Exclusiones

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

- a) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones.**
- c) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.**
- d) Hospitalización que no sea a consecuencia de una Enfermedad.**
- e) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

- f) **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.**
- g) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza.**
- h) **Enfermedades Preexistentes.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

6. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva

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

Definiciones

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

1. **Día de Hospitalización:** Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
2. **Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad y de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
3. **Periodo Máximo de Beneficio:** Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de las coberturas de Renta Diaria por Enfermedad e Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
4. **Unidad de Terapia Intensiva:** Significa el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, Diagnóstico y tratamiento.

Riesgo Cubierto

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

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

Exclusiones

- a) Para esta cobertura serán aplicables las mismas exclusiones de la cobertura de la cual depende, sea esta Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

7. Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer

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

Definiciones

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

- 1. Cáncer:** Significa la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma.
- 2. Cáncer In Situ:** Significa el Cáncer encapsulado y que se define como la sustitución de células del epitelio normal por células anormales, sin rebasar más allá de la membrana basal.
- 3. Periodo de Espera:** Significa el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia de esta cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá transcurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la cobertura o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable para la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer es de 180 (ciento ochenta) días.
- 4. Prueba Patológica:** Significa todos aquellos documentos que contengan resultados positivos de las pruebas del Diagnóstico, que pueden ser tomados como evidencia bajo los términos de este seguro. La documentación debe estar debidamente fechada y firmada por Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

Riesgo Cubierto

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

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

La Compañía pagará la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, en una sola exhibición y por única ocasión, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento de la ocurrencia del siniestro. Con el pago de la Suma Asegurada por esta cobertura, la misma quedará cancelada automáticamente.

Exclusiones

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

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

8. Cobertura de Invalidez Total y Temporal por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufriera un estado de Invalidez Total y Temporal, la Compañía pagará, mientras subsista dicho estado, la indemnización proporcional por cada día de esta cobertura por un periodo que no excederá el tiempo indicado en la Carátula de la Póliza, contados desde la fecha del Accidente. En todo caso, la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, es mensual.

Por Invalidez total y temporal se entiende cuando el Asegurado pierde facultades o aptitudes que lo imposibilitan totalmente para realizar cualquier tipo de trabajo por algún tiempo.

Exclusiones

Accidentes que se originen por la participación de Asegurado en:

- 1. Carreras, pruebas o contenidas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, y que participe activamente ya sea como piloto o acompañante**
- 2. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur (como aficionado).**
- 3. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar) y su original para cotejo.
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía)
5. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Expediente clínico.
7. Informe médico, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección) en dónde se avale la Invalidez Total y Temporal.
8. Actuaciones completas ante el Ministerio Público o autoridad competente.

9. Cobertura de Invalidez Parcial y Temporal por Accidente

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

Si como consecuencia directa de un Accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del mismo sufriera un estado de Invalidez Parcial y Temporal, la Compañía pagará, mientras subsista dicho estado, el monto estipulado en la Carátula de la Póliza, por un periodo que no excederá de ciento ochenta y dos (182) días, la indemnización se efectuará de manera mensual.

Por Invalidez parcial y temporal se entiende cuando la capacidad del Asegurado se ve reducida para trabajar en comparación a como lo hacía antes de que ocurriese el Accidente, de manera temporal.

Exclusiones

La cobertura no ampara la incapacidad que derive de lo siguiente:

- a) SIDA y VIH: Cualquier incapacidad que resulte o se relacione, directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- b) Esta Póliza no ampara Accidentes que se originen por participación en actividades como:**
 - i. Aviación privada, en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
 - iii. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - iv. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de**

deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

- c) **Alcohol y Drogas:** Cualquier incapacidad originada por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes. Tampoco se cubrirá incapacidad alguna que provenga de algún síndrome de Dependencia Alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de Dependencia Alcohólica.
- d) **Maternidad.**
- e) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- f) **Condiciones o padecimientos preexistentes derivado de los cuales la incapacidad se hubiere pronosticado antes del inicio de vigencia de esta Póliza.**
- g) **Carreras:** Por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
- h) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- i) **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- j) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

1. Formato de reclamación debidamente requisitado (a ser proporcionado por la Compañía).
2. Comprobante de domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar) y su original para cotejo.
4. Formato "Conoce a tu Cliente" (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia (a ser proporcionado por la Compañía) y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia electrónica de fondos).
6. Expediente clínico.
7. Informe médico, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección) en dónde se avale la Invalidez Parcial y Temporal.
8. Actuaciones completas ante el Ministerio Público o autoridad competente.

10. Cobertura de Indemnización por Hospitalización por Accidente

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

Si como consecuencia de un Accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado es hospitalizado por al menos el número de horas establecido en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado el monto de la Indemnización (Suma Asegurada) contratada y que se estipula en la Carátula de la Póliza, sin importar los días que permanezca hospitalizado.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) dure al menos las horas continuas e ininterrumpidas

indicadas en la Carátula de la Póliza; y (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurridas las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización indicadas en la Carátula, por lo que:

1. El Asegurado tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente una vez que transcurridas las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización indicadas en la Carátula de Póliza; y
2. La Compañía no tendrá obligación de pagar indemnización alguna, si la duración de la hospitalización fue menor a las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización mencionadas en la Carátula de la Póliza.

La vigencia de este beneficio terminará al momento en que la Compañía otorga el pago por esta cobertura.

La Indemnización se pagará una vez que se compruebe que el Asegurado estuvo hospitalizado por las horas continuas establecidas en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

- a) **Esta Póliza no ampara Accidentes que se originen por participación en actividades como:**
 - i. **Aviación privada, en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
 - ii. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.**
 - iii. **Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - iv. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- b) **Alcohol y Drogas: Cualquier incapacidad originada por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes. Tampoco se cubrirá incapacidad alguna que provenga de algún síndrome de Dependencia Alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de Dependencia Alcohólica.**
- c) **Maternidad.**
- d) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- e) **Condiciones o padecimientos preexistentes derivado de los cuales la incapacidad se hubiere pronosticado antes del inicio de vigencia de esta Póliza.**
- f) **Carreras: Por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.**
- g) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- h) **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**

11. Cobertura de Indemnización por Hospitalización por Enfermedad

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

Si como consecuencia de una Enfermedad Cubierta ocurrida durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado es hospitalizado por al menos el número de horas establecido en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado el monto de la Indemnización (Suma Asegurada) contratada y que se estipula en la Carátula de la Póliza, sin importar los días que permanezca hospitalizado.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; y (ii) dure al menos las horas continuas e ininterrumpidas indicadas en la Carátula de la Póliza; y (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurridas las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización indicadas en la Carátula de la Póliza, por lo que:

1. El Asegurado tendrá derecho al pago de la indemnización correspondiente una vez transcurridas las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización indicadas en la Carátula de Póliza; y
2. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna, si la duración de la hospitalización fue menor a las horas continuas e ininterrumpidas de hospitalización mencionadas en la Carátula de la Póliza.

La vigencia de este beneficio terminará al momento en que la Compañía otorga el pago por esta cobertura.

La Indemnización se pagará una vez que se compruebe que el Asegurado estuvo hospitalizado por las horas establecidas en la Carátula de la Póliza.

12. Cobertura de Indemnización por Hospitalización a causa de COVID-19

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

Definiciones

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

1. **COVID-19:** Enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2. El virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona infectada tose, estornuda o habla, también se transmite al tocar una superficie con el virus y luego llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos. Los signos y síntomas más frecuentes de la COVID-19 son fiebre, tos y dificultad para respirar. A veces, también se presentan dolores musculares, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de garganta, neumonía y pérdida del sentido del gusto o el olfato. Los signos y síntomas suelen aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al SARS-CoV-2.
2. **Día de Hospitalización:** Se entiende por Día de Hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
3. **Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho al beneficio. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

Si como consecuencia de un diagnóstico de COVID-19, el Asegurado es hospitalizado cumpliendo con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado el monto de la Indemnización (Suma Asegurada) contratada y que se estipula en la Carátula de la Póliza, sin importar cuántos días permanezca hospitalizado.

El diagnóstico deberá ser realizado por el médico tratante. El diagnóstico COVID-19 (confirmado por el resultado positivo a SARSCoV-2) deberá ser efectuado y emitido por un laboratorio avalado por una Institución de Sanidad autorizada para elaborar el diagnóstico del contagio en la República Mexicana a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (INDRE).

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; y (ii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación de la razón de hospitalización. En caso de que el médico que la Compañía designe no ratifica el diagnóstico del COVID-19 las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico especialista independiente, cuyo costo correrá a cargo de la Compañía, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

Una vez que la Compañía indemnice al Asegurado esta cobertura, ésta terminará.

Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado no sea a consecuencia directa de COVID-19, o cuando se le haya diagnosticado COVID-19 antes del inicio de vigencia de este seguro.

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

13. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad excluyendo COVID-19

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

Definiciones

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

1. **Día de Hospitalización:** Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.
2. **Hospital:** Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el Diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable. No se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.
3. **Periodo de Hospitalización:** Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.
4. **Periodo Máximo de Beneficio:** Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de esta cobertura. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad **sin incluir COVID-19**, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la Carátula de la Póliza siempre y cuando el Asegurado cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza; y (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

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

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

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

Exclusiones

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

- a) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- b) **Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones.**
- c) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.**
- d) **Hospitalización que no sea a consecuencia de una Enfermedad.**
- e) **Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- f) **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.**
- g) **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza.**
- h) **Hospitalización a consecuencia de COVID-19.**
- i) **Enfermedades Preexistentes.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

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

14. Cobertura de Cirugía

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

Definiciones que aplican a esta cobertura:

1. **Cirugía o Acto Quirúrgico Amparado:** Se entiende por cirugía amparada a una intervención quirúrgica realizada al Asegurado con fines terapéuticos a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de procedimientos múltiples realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, se considerará únicamente el beneficio correspondiente a la cirugía de mayor monto o uno de ellos si los montos son iguales.

La suma asegurada de la cobertura se reinstalará transcurridos seis (6) meses consecutivos contados a partir de la fecha de cirugía o acto quirúrgico procedente.

2. **Cirujano:** Profesionista que tiene el conocimiento médico con especialidad en cirugía general, debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente y legalmente autorizado para realizar cirugías en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.
3. **Condición Médica:** Es cualquier enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.
4. **Diagnóstico:** Es la calificación que un Médico Especialista realiza de la enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de la enfermedad, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.
5. **Enfermedad o Padecimiento:** Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado. La Cirugía por Enfermedad será cubierta en términos de este seguro siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea dentro de la vigencia de este contrato.
6. **Enfermedad Congénita:** Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.
7. **Enfermedades Preexistentes:** Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - A. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- B. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

Cuando a juicio de la Aseguradora se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un perito médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Aseguradora a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia

e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al Beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

8. **Hospital:** Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud o equivalente en el país donde se realizó la cirugía, de carácter público o privado para el diagnóstico y la atención médica y quirúrgica, de personas lesionadas o enfermas, que cuente con sala de intervención quirúrgica y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

Para fines de esta Póliza, el término hospital no incluirá ninguna institución que primordialmente sea un lugar para cuidados ambulatorios, una instalación para ancianos o alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, incluso si la institución está registrada como un hospital o clínica de reposo con las instalaciones adecuadas.

9. **Hospitalización:** Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.
10. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, Titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. **No podrá ser familiar o pariente consanguíneo en línea directa y hasta el segundo grado, ni cónyuge, concubina(o) o conviviente de los Asegurados de este seguro.**
11. **Médico Especialista:** Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente para ejercer la medicina de su especialidad en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.
12. **Periodo de Espera:** Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios amparados.
- En caso de ser aplicable el Periodo de Espera, se especificará en la Carátula de Póliza por cada cobertura. Asimismo, el número de días de Periodo de Espera aplicables por cada cobertura será el señalado en la Carátula de Póliza. El Periodo de Espera no aplicará en caso de Accidentes.
13. **Tiempo Quirúrgico:** Tiempo continuo que el paciente se encuentra en la sala quirúrgica (quirófano) donde se realizará el acto quirúrgico indicado por el médico especialista para el tratamiento de una o varias Enfermedades o Padecimiento o a raíz de un Accidente, el cual inicia desde el monitoreo del anestesiólogo hasta que el paciente llega a la sala de recuperación posterior a la cirugía.

Riesgo Cubierto

La Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza para esta cobertura, en caso de que se le practique alguna cirugía derivada de un Accidente o Enfermedad Cubierta, siempre que la Enfermedad sea diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la Póliza o el Accidente ocurra dentro de dicha vigencia.

Para que una cirugía a causa de una enfermedad se considere cubierta, el Periodo de Espera será de **noventa (90) días naturales, salvo cirugías a causa de enfermedad que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas: Amígdalas Faríngeas, Adenoides, Columna vertebral, Colecistitis, Cálculos biliares, Enfermedades Cerebrovasculares, Hemorroides, Fisura anal, Fístula anal y Prolapso rectal, Fibromas, histerectomía, sangrado uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso vesical-cistocele, Tumoración o nódulo en glándulas mamarias, Hidrocele, varicocele y espermatocele, Crecimiento benigno de la próstata, Rodilla, Cálculos urinarios, Cálculo en riñón, Uretero, Uretra, Vejiga, Hernia inguinal, Hernia ventral, Hernia umbilical, Hernia incisional, Eventraciones o hernias espontáneas o postquirúrgicas, Tiroidectomía, Desviación del tabique nasal, sinusitis, Válvulas del corazón y Enfermedades de las arterias coronarias, en dónde el Periodo de Espera será de 2 (dos) años consecutivos.**

En caso de cirugías que sean a consecuencia de un Accidente, no aplicará Periodo de Espera alguno.

El Asegurado, siempre y cuando tenga contratada la cobertura de Cirugías, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas siguientes, siempre y cuando aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente:

1. Hospitalización

Si como consecuencia de la cirugía amparada el Asegurado tuviera que ser hospitalizado de manera continua mayor a cuarenta y ocho (48) horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno, la Compañía pagará al Asegurado, adicionalmente el equivalente del 20% de la suma asegurada de la cobertura de Cirugías la cual esta descrita en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

El beneficio de Hospitalización sólo será procedente cuando se ha realizado una cirugía cubierta.

2. Cirugías Alto Costo

Además de la indemnización de la suma asegurada de la cobertura Cirugías, la Compañía pagará al Asegurado la cantidad establecida como suma asegurada de dicha cobertura, cuando se le practique alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:

a) Cirugía de Corazón Abierto

La cirugía de corazón abierto, que incluye la esternotomía o sección quirúrgica del esternón, es la seleccionada por el médico del Asegurado que puede ser cardiólogo, cardiocirujano, cirujano de tórax o hemodinamista cardiovascular, como el tratamiento más adecuado para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias o cualquier anomalía estructural de las válvulas cardíacas o del corazón. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar pruebas de exploración y cirugía cardíaca realizada y los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete de la anomalía estructural cardíaca motivo de la intervención.

b) Trasplante de Órganos Mayores

Es la cirugía de trasplante de órgano que se le realiza al Asegurado en calidad de receptor del órgano trasplantado, **amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas**, siempre que éste sea médicamente necesario y realizada por un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la

insuficiencia orgánica y funcional irreversible y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

c) Cirugía de Aneurisma Cerebral

Es la cirugía neurológica que se realiza con la apertura quirúrgica del cráneo (craniectomía), con la finalidad de reparar un aneurisma intracraneal o para extirpar una malformación vascular arterial o venosa. La intervención quirúrgica debe ser certificada como indispensable por parte de un Neurólogo o Neurocirujano. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

d) Cirugía de Injerto de Piel

Es la cirugía de injerto de la piel (del Asegurado o piel de banco) que fue considerada por el médico tratante que puede ser Traumatólogo, Internista, Intensivista o cirujano plástico reconstructivo, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de quemaduras de tercer grado (las que afectan todas las capas de la piel y exponen músculos, tendones y/o huesos) que en un mismo evento abarquen al menos el 20% del total de la superficie corporal.

Para indemnizar esta cirugía es indispensable presentar, por parte del médico tratante, la confirmación del diagnóstico y las gráficas clínicamente aceptadas y estandarizadas demostrativas de la superficie total afectada.

La indemnización correspondiente se hará hasta que el funcionamiento del injerto quede habilitado.

e) Extirpación de Pulmón (Lobectomía Pulmonar o Neumonectomía)

Es la extirpación quirúrgica de por lo menos un lóbulo del pulmón, debiendo ser considerada esta cirugía torácica como el tratamiento más adecuado por un médico especialista neumólogo, cirujano neumólogo o cirujano de tórax.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

f) Extirpación del Intestino Grueso (Hemicolectomía o Colectomía Total)

Es la resección quirúrgica de la mitad del colon (intestino grueso) o su extirpación total, esto es, hemicolectomía o colectomía total respectivamente y este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un gastroenterólogo o cirujano general o cirujano de vías digestivas o cirujano oncólogo como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

g) Cirugía de Columna Cervical

Es la cirugía realizada en la columna cervical que es considerada por el médico del Asegurado que puede ser traumatólogo, neurocirujano u ortopedista que cuente además con la subespecialidad en columna vertebral, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de una enfermedad severa de disco o fractura (Grado III ó IV).

Considerando el Grado III al desplazamiento del 51% al 75% de la columna cervical y el Grado IV al desplazamiento del 76% al 100% de la columna cervical.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

h) Cirugía Radical de Cáncer

Es el tratamiento quirúrgico considerado por el oncólogo o cirujano oncólogo como el más adecuado y necesario para detener la propagación del cáncer a través de la extirpación completa (cirugía radical) de uno o varios de los siguientes órganos:

- Mama (mastectomía).
- Próstata (prostatectomía) con cistectomía y vaciamiento ganglionar incluyendo cirugía radical de vejiga.
- Útero (histerectomía) con salpingo-ooforectomía y vaciamiento ganglionar mayor.
- Estómago (gastrectomía).
- Laringe (laringectomía).
- Páncreas (pancreatectomía, operación de Whipple que incluye la extirpación de la cabeza del páncreas, del duodeno, de la porción distal del conducto biliar y del segmento distal del estómago).

Para solicitar la indemnización correspondiente es indispensable presentar el informe del oncólogo y el de patología que confirme el diagnóstico de cáncer, así como los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, y los documentos de la cirugía realizada.

i) Cirugía Cerebral

Es la extirpación de por lo menos un lóbulo completo del cerebro que es considerado por un médico especialista neurólogo o neurocirujano como el tratamiento más adecuado y necesario. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones Particulares**Exclusiones para la cobertura de Cirugías de alto costo:****Trasplante de Órganos Mayores**

- a) Trasplantes de células madre, trasplantes de células de los islotes del páncreas, así como cualquier otro trasplante no mencionado explícitamente quedará excluido.

Cirugía de Aneurisma Cerebral

- a) Los procedimientos endovasculares.

Cirugía de Injerto de Piel

- a) Las cirugías estéticas secundarias al injerto.

Extirpación de Pulmón (Lobectomía Pulmonar o Neumonectomía)

- a) La biopsia pulmonar.

Cirugía de Columna Cervical

- a) Cirugía percutánea o inyecciones de disco intervertebral.

Cirugía Radical de Cáncer

- a) La cirugía radical para tratar alguno de los siguientes tipos de cáncer:
- Los tumores descritos histológicamente como benignos, pre-malignos potencial maligno, maligno bajo o no invasivo.
 - Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ (Tumor in Situ-Tis) o Ta por la

**séptima edición de la clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis) de la AJCC
(American Joint Committee on Cancer).**

Cirugía Cerebral

- a) Biopsia cerebral y Cirugía de la hipófisis.**

EXCLUSIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE CIRUGÍAS (INCLUYENDO HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS DE ALTO COSTO)

Este seguro no proporcionará ninguna cobertura para cirugías relacionadas con cualquier condición médica que el Asegurado haya sufrido previo a la contratación de la presente Póliza, además:

- a) Cirugías como tratamiento para enfermedades preexistentes y/o congénitas.**
- b) Cirugías o procedimientos debidos a suicidio, intento de suicidio o lesiones auto infligidas.**
- c) Cirugías secundarias a bulimia o anorexia.**
- d) Cesárea, parto, y/o legrado uterino, salvo que se trate de alguna cirugía de las enunciadas en el penúltimo párrafo de la cobertura básica.**
- e) Cirugías por control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.**
- f) Cirugías secundarias al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).**
- g) Intervenciones quirúrgicas cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.**
- h) Cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.**
- i) Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones para calvicie, obesidad y reducción de peso.**
- j) Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.**
- k) Cirugías relacionadas con diálisis o insuficiencia renal.**
- l) Tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.**
- m) Cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.**
- n) Cirugías ambulatorias (cualquier consulta médica o quirúrgica, la investigación o procedimiento que se realiza sin que el paciente tenga que permanecer más de 48 horas en el hospital).**
- o) Cirugías experimentales o procedimientos quirúrgicos que no estén avalados por la FDA (Food and Drug Administration).**
- p) Hospitalizaciones y/o cirugías que no sean médicamente necesarias.**
- q) Cirugías que se necesiten derivadas de accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades, trabajos, deportes peligrosos o riesgosos, tales como:**
 - 1. Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.**
 - 2. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta,**

rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales (modalidades deportivas cuya práctica está relacionada con la nieve o el hielo, ya sea en condiciones naturales o reproducidas de manera artificial), o cualquier deporte profesional, entendiéndose por éste cuando el Asegurado percibe una remuneración por realizarlo.

- 3. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia, cuando el Asegurado participe de manera activa en éstas.**
- 4. Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.**
- 5. Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

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

Para validar la veracidad de los hechos que dieron origen al padecimiento que derivó en una la intervención quirúrgica, se solicitará lo siguiente:

- Historia clínica.
- Estudios de laboratorio y gabinete que ayuden a corroborar el padecimiento y el procedimiento médico quirúrgico.
- Estudios histopatológicos.
- Nota quirúrgica o resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora de inicio del tiempo quirúrgico.
- Constancia hospitalaria, con diagnóstico de ingreso y egreso.
- Comprobación de gastos.

Cláusula 5ª. Exclusiones Generales aplicables a las Coberturas de Accidentes y Enfermedades

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

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

- 1. SIDA y VIH: Cualquier evento que resulte o se relacione directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**
 - a) Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

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

- 16. Variaciones de peso: Obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**
- 17. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en las que participe directamente el Asegurado.**

Servicios de Asistencia

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

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

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

Los servicios de asistencia disponibles en el presente contrato son los que se mencionan a continuación:

1. Referencia de Médico General

Descripción: En caso de tener contratada la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente y/o Enfermedad, y además tener contratado este servicio de asistencia, el Prestador pondrá a disposición la referencia de los médicos generales en convenio cercanos a su domicilio vía telefónica, a efecto de que el Asegurado asista a una consulta.

El Asegurado recibirá mediante correo electrónico un cupón con los datos de contacto del médico y la dirección del consultorio. El cupón le otorga un precio preferencial y tendrá una vigencia de 15 días naturales a partir de la emisión del cupón para ser efectiva la consulta. El Asegurado podrá asistir al médico en la fecha y horario que acuerden y deberá presentar en el consultorio el cupón y su identificación oficial. Los honorarios del médico deberán ser pagados en su totalidad por el Asegurado.

El servicio se proporcionará en las siguientes ciudades de la República Mexicana: **. Estas ciudades podrán actualizarse y se podrán consultar en *****.**

No obstante lo anterior, el Proveedor hará lo posible para ayudar al Asegurado a contactar con un médico u hospital con la mayor rapidez posible en aquellas ciudades en donde el Proveedor no tenga presencia.

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

Límite de cobertura establecido en la Carátula de la Póliza.

Eventos al año establecido en la Carátula de la Póliza.

2. Referencia de Médico Especialista (Ginecólogo, Pediatra o Internista)

Descripción: En caso de tener contratada la cobertura de Enfermedades Graves, y además tener contratado este servicio de asistencia, el Prestador pondrá a disposición la referencia de los médicos ginecólogos, pediatras o internistas en convenio cercanos a su domicilio vía telefónica, a efecto de que el Asegurado asista a una consulta de especialidad.

El Asegurado recibirá mediante correo electrónico un cupón con los datos de contacto del médico y la dirección del consultorio. El cupón le otorga un precio preferencial y tendrá una vigencia de 15 días naturales a partir de la emisión del cupón para ser efectiva la consulta. El Asegurado podrá asistir al médico en la fecha y horario que acuerden y deberá presentar en el consultorio el cupón y su identificación oficial. Los honorarios del médico deberán ser pagados en su totalidad por el Asegurado.

El servicio se proporcionará en las siguientes ciudades de la República Mexicana: *****

Estas ciudades podrán actualizarse y se podrán consultar en ***.**

No obstante lo anterior, el Proveedor hará lo posible para ayudar al Asegurado a contactar con un médico u hospital con la mayor rapidez posible en aquellas ciudades en donde el Proveedor no tenga presencia.

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

Límite de cobertura establecido en la Carátula de la Póliza.

Eventos al año establecido en la Carátula de la Póliza.

3. Ambulancia Terrestre por Emergencia

Descripción: En caso de tener contratada la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente y/o Enfermedad y además tener contratado este servicio de asistencia, si el Asegurado sufriera una emergencia médica, el Prestador enviará una ambulancia terrestre al lugar del acontecimiento para ser llevado hasta el centro hospitalario más cercano de la ciudad donde se encuentre, dentro de territorio nacional.

Se entenderá por emergencia médica a cualquier situación que ponga en peligro la vida, la viabilidad de algún órgano o la integridad corporal del Asegurado, para la cual requiere una atención médica inmediata.

El servicio no incluye traslados en ambulancias aéreas.

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

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

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

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

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

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

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

Límite de la asistencia: establecido en la Carátula de la Póliza.

Eventos al año: establecido en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones particulares:

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

4. Obtención de Segunda Opinión Médica

Descripción: En caso de tener contratada la cobertura de Enfermedades Graves y además tener contratado este servicio de asistencia, el Proveedor coordinará, a solicitud del Asegurado, una consulta con un médico especialista, en caso de requerir una segunda opinión médica.

El Asegurado se pondrá en contacto con reconocidos especialistas nacionales o internacionales en convenio para obtener una segunda opinión médica en caso de enfermedades o intervenciones quirúrgicas, así como información sobre el diagnóstico y métodos terapéuticos disponibles.

En caso de que exista un excedente en los honorarios, estos deberán ser cubiertos por el Asegurado directamente al médico.

La opinión médica emitida será responsabilidad directa del médico que la proporcione, por lo que ni la Aseguradora ni el Proveedor son responsables del resultado de la consulta, tratamiento médico, diagnóstico o cualquier acción que sugiera el médico, siendo el médico un prestador de servicios independiente y responsable directo en caso de cualquier queja, reclamación o demanda, resultando que el servicio que presta el Proveedor es únicamente de coordinación de los proveedores.

Límite de cobertura establecido en la Carátula de la Póliza.

Eventos al año establecido en la Carátula de la Póliza.

5. Concertación de cita de Médico a Domicilio a Costo Preferencial

Descripción: En caso de tener contratada la cobertura de Hospitalización por Enfermedad y/o Accidente y además tener contratado este servicio de asistencia, el Proveedor programará consultas con médicos generales a domicilio del Asegurado con un costo preferencial.

El Proveedor no es responsable del resultado de la consulta, tratamiento médico, o diagnóstico, que realice el médico, siendo el médico responsable directo en caso de cualquier queja, reclamación o demanda, ya que el servicio que presta el Proveedor es únicamente de concertación de cita con el médico.

El servicio se proporcionará en las siguientes ciudades de la República Mexicana: *. Estas ciudades podrán actualizarse y se podrán consultar en *****.**

**Límite de cobertura ilimitado.
Eventos al año ilimitados.**

6. Check Up Médico

Descripción: En caso de tener amparada las coberturas de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente y/o Enfermedad y además tener contratado este servicio de asistencia, si a petición de un médico, el Asegurado deba realizarse estudios médicos de gabinete de los mencionados a continuación, el Prestador coordinará y obtendrá una cita a efecto de que el Asegurado se pueda practicar el estudio solicitado.

- **Química Sanguínea**
- **Examen General de Orina**
- **Biometría Hemática**
- **Antígeno Prostático** (para personas masculinas) / **Papanicolau** (para personas femeninas)

El Proveedor pondrá a disposición del Asegurado la lista de laboratorios con los que se puede realizar la coordinación y cita a fin de que éste elija el laboratorio. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con el Prestador.

El Asegurado elegirá el laboratorio y el Proveedor concertará la cita y le proporcionará al Asegurado un formato para la realización de los estudios.

En caso de que el Asegurado no pueda acudir a la cita programada, deberá comunicarlo al Proveedor, con cuando menos 2 días de anticipación, de lo contrario se cancelará el servicio, considerándose como un evento proporcionado.

Así mismo, el Asegurado será responsable de acudir directamente ante el laboratorio para la entrega de los resultados. El Proveedor, en ningún momento y por ningún motivo tendrá acceso a la información del Asegurado ni la enviará a éste por tratarse de información confidencial sensible, a la cual únicamente tendrá acceso el Asegurado. Las citas estarán sujetas de conformidad con la disponibilidad de los laboratorios, y el Asegurado deberá ajustarse a la disponibilidad y los términos y condiciones de los laboratorios.

- El beneficio no aplica con otras promociones del laboratorio.

**Límite de cobertura establecido en la Carátula de la Póliza.
Eventos al año establecido en la Carátula de la Póliza.**

Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Definiciones

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

1. **Accidente Cubierto:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.
2. **Asegurado:** Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente y que ha protegido protegida por las coberturas que expresamente se señalan en la Carátula de la Póliza.
3. **Aseguradora o Compañía:** Significa Chubb Seguros México, S.A.
4. **Contratante:** Es aquella persona física o moral, mayor de dieciocho (18) años que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y / o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las Primas.
5. **Contrato de Seguro o Póliza:** Significa las disposiciones particulares, las disposiciones generales, la Carátula de la Póliza, los beneficios, la solicitud de seguro o cuestionario médico y las Cláusulas adicionales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, así como de los derechos y obligaciones de cada parte.
6. **Deporte Extremo:** Aquellas actividades de ocio o deportivas que conllevan un punto de riesgo y peligrosidad para las personas que las practican, pues se da una serie de condiciones de considerada dificultad.
7. **Deporte Profesional:** Es cuando el Asegurado se dedica voluntaria y regularmente a la práctica de un deporte, a cambio de una remuneración o salario que represente el sustento de su vida personal y lo obliga a practicar cotidianamente su actividad para perfeccionarla.
8. **Endoso:** Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato y forma parte de éste, el cual deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
9. **Enfermedad Cubierta:** Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la Póliza y que esta última se encuentre en vigor. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa, de un tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad. La enfermedad mencionada deberá ser diagnosticada por un Médico con cédula profesional.
10. **Enfermedad o Padecimiento Preexistente:** Es aquella enfermedad de la que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con alguna prueba que se señalan en los siguientes casos:

- A. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

- B. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

Cuando a juicio de la Aseguradora se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un perito médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Aseguradora a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al Beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

- 11. Fecha de Inicio de Vigencia:** Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.
- 12. Indemnización:** Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por este Contrato.
- 13. Reclamación:** Significa el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de que ocurra el siniestro.
- 14. Suma Asegurada:** Cantidad que representa la obligación máxima de la Aseguradora en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, endosos y Cláusulas correspondientes para cada cobertura.
- 15. UMA:** Unidad de Medida y Actualización diaria, referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

Cláusula 2ª. Edades de Aceptación

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

Cobertura	Mínima	Máxima	Renovación
Fallecimiento	18	60	64
Muerte accidental			
Pérdidas orgánicas			
Invalidez Total y Permanente por Accidente			
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad y Accidente		70	75
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente			
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente			
Fractura De Huesos			
Enfermedades Graves		60	64
Renta Diaria Por Hospitalización por Enfermedad		70	75
Renta Diaria Por Hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva			
Primer Diagnóstico de Cáncer		60	64
Invalidez Total y Temporal por Accidente			
Invalidez Parcial y Temporal por Accidente			
Hospitalización por Accidente		70	75
Hospitalización por Enfermedad			
Hospitalización a Causa de COVID-19			
Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad Excluyendo COVID-19			
Cirugía		65	65

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

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

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

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

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

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

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos de lo anterior, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

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

Cláusula 3ª. Carencia de Restricciones

Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes y genero de vida del Asegurado.

Cláusula 4ª. Indisputabilidad

Esta Póliza será indisputable después de haber transcurrido dos años a partir de su fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la Ley para rescindir el contrato por omisiones o declaraciones inexactas en que hubiere incurrido el Asegurado al formular propuesta de seguro o la propuesta de rehabilitación.

Cláusula 5ª. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes 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 tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Cláusula 6ª. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios.

El Asegurado podrá en cualquier tiempo efectuar cambios en la designación de Beneficiarios mediante notificación a la Compañía por escrito, indicando el nombre del o los nuevos Beneficiarios.

La Compañía pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya hecho conocimiento, quedando así liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado debe designar Beneficiarios de forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el

particular. Si habiendo nombrado varios Beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado. Si sólo se hubiese designado un Beneficiario y este muriese antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiese designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

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 deben 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 hiciere de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre 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.

Cláusula 7ª. Procedimiento en caso de Siniestro

Aviso

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

Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, los documentos señalados en el apartado Documentos para el Pago de la Indemnización de cada cobertura.

Sólo en los casos en que se requiera de información y/o documentación adicional para comprobar las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, la Compañía podrá solicitarla al Asegurado y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de seguro.

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

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

Formas de Indemnización

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

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización a favor del Asegurado o Beneficiario.

Cláusula 8ª. Terminación Anticipada y Cancelación

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

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

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

El Contratante podrá realizar la terminación anticipada de su Póliza por cualquiera de las siguientes vías: (i) mediante aviso por escrito a las oficinas de la Compañía; o (ii) comunicándose al teléfono **800 006 3342** en dónde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

En el caso de que la Prima se pague de manera mensual o por periodos menores a un mes. El Contratante en este acto acepta que sin importar el momento del mes o periodo en el que se realice la cancelación, La Compañía tendrá derecho a la Prima correspondiente al periodo completo, por lo que La Compañía no devolverá Prima alguna.

2. La cancelación de la Póliza se realizará de forma automática al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
3. La cancelación de la Póliza se realizará en la fecha en que el Asegurado alcance la edad máxima de cancelación establecida en Edades de Aceptación.

Cláusula 9ª. Renovación

Este Contrato de Seguro tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de la Póliza. La renovación automática sólo se realizará en caso de que a la fecha de renovación exista el mismo plan, así como los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente. Sin perjuicio de lo anterior, a la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y sumas aseguradas, en función de: (i) el aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, (ii) en función de la inflación general de salud calculada anualmente por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) con base en la información publicada por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI) o (iii) el ajuste inflacionario anual publicado por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática en el Diario Oficial de la Federación durante el mes de enero de cada año calendario, pudiendo ajustar con base en la que resulte mayor entre estos indicadores.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará al Contratante con treinta (30) días de anticipación, las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas, sumas aseguradas y otras características. El Contratante podrá rechazar la renovación del seguro bajo los nuevos términos y condiciones, en cuyo caso lo deberá hacer saber a la Compañía dentro del referido

plazo de treinta (30) días previos a la renovación respectiva. En caso de que la Compañía no reciba por parte del Contratante solicitud de no renovación, la Póliza será renovada según los nuevos términos y condiciones.

La Compañía se obliga a:

Dar aviso por escrito al Contratante a través de los medios de contacto que este proporcione a la Compañía, dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará dicha renovación.

Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes: La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.

Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

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.

Cláusula 10ª. Territorialidad

El presente Contrato de Seguro cubre a residentes en los Estados Unidos Mexicanos y riesgos sucedidos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Cláusula 11ª. Prima

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

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

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

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

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

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

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina o el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 12ª. Vigencia

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

Cláusula 13ª. Modificaciones

Las disposiciones generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos sólo podrán modificarse, previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante acuerdo entre el Contratante y la Compañía. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cláusula 14ª. Notificaciones

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

En el caso en el que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente al conste en la Carátula de la Póliza, ésta deberá comunicar al Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario, en su caso, el nuevo domicilio para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o al Asegurado y/o a los Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio o dirección de correo electrónico que conozca la Compañía.

Cláusula 15ª. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Asegurados de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Aseguradora a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE)

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

Teléfono: 800 006 3342

Correo electrónico: uneseguros@chubb.com

Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00

Horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Portal

web: www.condusef.com

Teléfonos:

En la Ciudad de México: 55 5340 0999 En el territorio
nacional: 800 999 8080

Cláusula 16ª. Interés Moratorio

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

Cláusula 17ª. Prescripción

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

1. Para la cobertura de fallecimiento, en 5 (cinco) años.
2. En 2 (dos) años, para el resto de las coberturas.

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

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

Cláusula 18ª. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o por parte de la Compañía, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

Los pagos de obligaciones en moneda extranjera serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Cláusula 19ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios Personas Morales

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 20ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Cláusula 21ª. Agravación Esencial del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna

lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

Cláusula 22ª. Contratación por Medios Electrónicos

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

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

- a) Las operaciones y servicios que la Compañía podrá proporcionar a través de Medios Electrónicos**, como lo son: (i) contratación o cancelación de productos, (ii) consulta de información relacionada con el seguro, (iii) Modificación de designación de Beneficiarios, (iv) solicitar actualización y/o modificación de información, (v) Alta y modificación del medio de comunicación seleccionado, (vi) Contratación de otro Servicio o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado, entre otros.
- b) Los mecanismos y procedimientos de identificación del usuario y autenticación**, en el presente apartado se podrá revisar el “identificador de usuario” que utilizará la Compañía, es decir, la cadena de caracteres, información de un dispositivo o cualquier otra información que permita reconocer la identidad y autenticidad del propio usuario para la realización de operaciones electrónicas. Así mismo, en este apartado se informan los “factores de autenticación” que podrá solicitar la Compañía, basado en las características físicas del usuario, en dispositivos o información que solo el usuario posea o conozca.
- c) La responsabilidad del usuario y de la Compañía respecto a la realización de operaciones por Medios Electrónicos**, en este apartado la Compañía establece la responsabilidad para que el usuario del Medio Electrónico resguarde de manera correcta las claves de acceso para la realización de las operaciones electrónicas. Así mismo se señala la responsabilidad de la Compañía respecto al resguardo de la información adquirida del usuario.

- d) **Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Compañía**, a través de Medios Electrónicos, en esta sección la Compañía establece los medios de comunicación para notificar el estatus de las operaciones que se realicen a través de Medios Electrónicos.
- e) **Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de operaciones electrónicas**, en este el usuario del Medio Electrónico conocerá el proceso para cancelar el uso de las claves de acceso para medios electrónicos.
- f) **Restricciones operativas aplicables de acuerdo con el Medio Electrónico**, en este apartado la Compañía comunica las restricciones, en caso de existir, para el uso de los medios electrónicos, ya sea por sistema o por el uso de los dispositivos. En esta misma sección, la Compañía le informa al usuario del Medio Electrónico, que los productos y/o servicios que se contraten con los medios de identificación y, a través de los Medios Electrónicos que la Compañía tenga disponibles, son en sustitución a la firma autógrafa y sus efectos jurídicos.

Cláusula 23ª. Extinción de Obligaciones

- a) **Si el Contratante y/o Asegurado o sus respectivos representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.**
- b) **Si el Contratante y/o Asegurado o sus respectivos representantes con igual propósito, no entregan a tiempo a la Compañía, la documentación a que se refiere el apartado de Siniestros.**
- c) **Si hubiera en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Contratante y/o Asegurado o sus respectivos representantes.**
- d) **Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.**

Cláusula 24ª. Entrega de documentación contractual para el caso de celebración de contrato por internet o por conducto de prestador de servicios al que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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

el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el Contratante. En caso de que el Contratante no reciba la documentación mencionada en esta Cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Aseguradora, cuyos domicilios se indican en la página en internet: chubb.com/mx o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue la documentación en referencia, o bien, si requiere un duplicado de la Póliza, éste se le entregará sin costo alguno. En caso de que el Contratante desee dar por terminado el Contrato de Seguro deberá sujetarse a lo establecido en la Cláusula de las presentes Condiciones denominada "Terminación Anticipada".

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

Cláusula 25ª. Cláusula de Beneficios Chubb

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

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

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

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

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

Invitación para Consultar al RECAS

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

Aviso de Privacidad Corto

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoría externas para emisión de dictámenes de nuestra Compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para más información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección <https://www.chubb.com/mx-es/footer/privacy-notice.html>.

Liga a Cita de Preceptos Legales

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de agosto de 2026, con el número PPAQ-S0039-0056-2026 / CONDUSEF-007370-01.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios (Vida)

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

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

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

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

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de agosto de 2026, con el número PPAQ-S0039-0056-2026 / CONDUSEF-007370-01.

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

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

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de agosto de 2026, con el número PPAQ-S0039-0056-2026 / CONDUSEF-007370-01.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

_____.

Sí acepto _____.

No acepto _____.

Nombre y Firma del Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de agosto de 2026, con el número PPAQ-S0039-0056-2026 / CONDUSEF-007370-01.

Formato de Designación de Beneficiarios

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

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento o RFC	Parentesco	Porcentaje

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

Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de agosto de 2026, con el número PPAQ-S0039-0056-2026 / CONDUSEF-007370-01.

Contacto

CDMX

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

Guadalajara

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

Monterrey

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

chubb.com/mx