

Seguro Vida Flex

CHUBB®

Contenido

Importante	5
Disposiciones Particulares	
Secciones de Vida	6
Cláusula 1ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones o Coberturas de Vida	6
Cláusula 2ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Vida	7
Secciones de Accidentes y Enfermedades	13
Cláusula 3ª. Definiciones Generales aplicables a las Secciones de Accidentes y Enfermedades	13
Cláusula 4ª. Especificación de Coberturas de las Secciones o Coberturas de Accidentes y Enfermedades	14
Cláusula 2ª. Edades de Aceptación	23
Cláusula 3ª. Carencia de restricciones	24
Cláusula 4ª. Indisputabilidad	24
Cláusula 5ª. Omisiones o Declaraciones Inexactas	24
Cláusula 6ª. Beneficiarios	25
Cláusula 7ª. Procedimiento en caso de siniestro	26
Cláusula 8ª. Terminación Anticipada y Cancelación	26
Cláusula 9ª. Renovación	27
Cláusula 10ª. Territorialidad	28
Cláusula 11ª. Prima	28
Cláusula 12ª. Vigencia	28
Cláusula 13ª. Modificaciones	28

Cláusula 14ª. Notificaciones	29
Cláusula 15ª. Competencia	29
Cláusula 16ª. Interés Moratorio	29
Cláusula 17ª. Prescripción	30
Cláusula 18ª. Moneda	30
Cláusula 19ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios	30
Cláusula 20ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	30
Cláusula 21ª. Agravación Esencial del Riesgo	30
Cláusula 22ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	32
Cláusula 23ª. Extinción de Obligaciones	33
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	33
Cláusula 25. Cláusula de Beneficios	34
Invitación a Consultar RECAS	35
Aviso de Privacidad Corto	35
Liga a cita de Preceptos Legales	35
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Vida	36
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios Accidentes y Enfermedades	37
Consentimiento para la entrega de la documentación contractual	38

Servicios de Asistencia	39
Disposiciones Generales	40
Formato de Designación de Beneficiarios	42

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 Vida Flex

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. **Asegurado Titular:** Es la persona que aparece como tal en la Carátula de la Póliza.
3. **Beneficiario:** Es la persona física o moral designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro especificado en la Carátula de la Póliza, en caso de siniestro.
4. **Cónyuge:** Se considerará cónyuge para este contrato, a las personas que contraigan matrimonio de acuerdo a lo estipulado en el artículo 146 del Código Civil Federal, al concubino (a), de conformidad a lo señalado en el artículo 1635 del mismo ordenamiento legal, y al conviviente, de conformidad con lo estipulado en la Ley de Sociedad para la Convivencia para la Ciudad de México y entidades federativas que así lo establezcan. El Cónyuge sólo podrá estar amparado bajo las coberturas de Indemnización por Fallecimiento y Muerte Accidental, lo cual estará indicado en la Carátula de la Póliza.
5. **Culpa Grave:** Imprudencia de una persona que, a pesar de conocer las posibles consecuencias de sus actos, decide actuar de manera irresponsable.
6. **Deporte Extremo:** Aquellas actividades de ocio o deportivas que implican un alto nivel riesgo y peligrosidad para las personas que la practican, pues se dan 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. **Cobertura Mancomunada:** Es un beneficio con una suma asegurada única a primer riesgo por lo cual en el caso de seleccionar el titular este plan solo se indemnizará una suma asegurada en el caso de fallecimiento de cualquiera de las personas cubiertas incluso en el caso de fallecimiento de ambos en un mismo evento.

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

1. Cobertura Básica

1.1. Indemnización por Fallecimiento

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado Titular 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.

La Suma Asegurada se pagará al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente y una vez que se haya indemnizado esta cobertura se dará por terminado el Contrato de Seguro.

Esta cobertura podrá contratarse como Cobertura Mancomunada, en la que estarán amparados el Asegurado Titular y su Cónyuge y opera con una suma asegurada única a primer riesgo por lo cual, en caso de fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas, sólo se indemnizará una suma asegurada; incluso en el caso de fallecimiento de ambos en un mismo evento. En caso de que el Asegurado Titular y el Cónyuge asegurado fallezcan al mismo tiempo, la suma asegurada se pagará a los Beneficiarios del Asegurado Titular, terminando el seguro.

Al fallecimiento de alguno de los Asegurados, este contrato de seguro concluirá.

Si se contrata la opción Mancomunada no se podrá contratar además la opción de fallecimiento del Asegurado Titular.

EXCLUSIONES

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 a la devolución de la prima no devengada (sin incluir los gastos totales).

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 la tuviesen) y de los Beneficiario(s), (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
3. Carátula de la Póliza o endoso con designación de Beneficiarios, en caso de contar con ella (en caso de no existir designación de Beneficiarios o no existir las personas a que se refiere la cláusula Beneficiarios, deberá presentar copia certificada del Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea).
4. Acta de defunción del Asegurado (original o copia certificada).
5. Copia simple del Acta de matrimonio, constancia de concubinato o sociedad en convivencia (si el Beneficiario es el cónyuge y/o concubino y/o conviviente).

6. Estado de cuenta bancario del (los) Beneficiarios (s) mostrando cuenta CLABE con una antigüedad no mayor a 3 meses.

Adicional a esta cobertura, se le podrá otorgar al Asegurado Titular, sin costo adicional, la siguiente cobertura, lo cual estará señalado en la Carátula de la Póliza:

1.1.2. Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

Esta cobertura únicamente ampara al Asegurado Titular.

La Compañía pagará, a solicitud del Asegurado Titular, un anticipo de la Suma Asegurada contratada para la cobertura básica de fallecimiento, cuando el Asegurado sea diagnosticado, dentro de la vigencia de este contrato, con una Enfermedad en Fase Terminal. Dicho anticipo podrá ser de hasta el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de fallecimiento, siempre y cuando no rebase la cantidad de 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro. Dicho anticipo será descontado de la Suma Asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento.

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 fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en esta cobertura.

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.
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.

1.2 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 Titular 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.

Esta cobertura podrá contratarse como Cobertura Mancomunada, en la que estarán amparados el Asegurado Titular y su Cónyuge y opera con una suma asegurada única a primer riesgo por lo cual, en caso de la muerte accidental de cualquiera de las personas amparadas bajo esta cobertura, la Compañía únicamente pagará la suma asegurada del que fallezca primero. En caso de que ambas personas fallezcan al mismo tiempo, únicamente se cubrirá la muerte de Asegurado Titular.

Si se contrata la opción Mancomunada no se podrá contratar además la opción de muerte accidental del Asegurado Titular.

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 como sujeto activo.**
- 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 de los Beneficiario (s) (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar)
3. Copia simple del Acta de matrimonio, constancia de concubinato o de sociedad en convivencia (si el Beneficiario es el cónyuge y/o concubino y/o conviviente).
4. Acta de defunción del Asegurado (original o copia certificada).
5. Carátula de la Póliza o endoso con designación de Beneficiarios, en caso de contar con ella (en caso de no existir designación de Beneficiarios o no existir las personas a que se refiere la cláusula Beneficiarios, deberá presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea).
6. Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público completas o ante la autoridad competente.
7. Estado de cuenta bancario del (los) Beneficiario (s) mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.

2. 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 de la Póliza o endoso correspondiente.

2.1 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 la pérdida total de facultades o aptitudes del Asegurado, cuyo origen sea derivado de un Accidente, que lo imposibiliten de por vida para procurarse la misma cantidad de ingresos que percibía antes del estado de invalidez, mediante el desempeño de su Trabajo Habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total.

Por trabajo habitual se considerará para efectos de este seguro, el empleo permanente de tiempo completo o de media jornada, incluido el trabajo independiente en el que el Asegurado esté contratado al momento de ocurrir el siniestro.

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

- 2.1.1 La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos.
- 2.1.2 La pérdida de ambas manos o ambos pies.
- 2.1.3 La pérdida de una mano un pie y;
- 2.1.4 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 dictaminada como tal por una institución o un médico con cédula profesional y certificado en la especialidad en la materia.

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

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, además de lo establecido en el apartado Documentos para el Pago de 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 por Accidente, y de no estar de acuerdo el Asegurado, se someterá a un peritaje, cuyo costo correrá a cargo del Asegurado,** dicho peritaje será elaborado por un Médico Especialista certificado en la especialidad que corresponda.

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

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.

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. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
- 3. Estado de cuentabancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.

4. 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.
5. Copia certificada de las actuaciones completas ante el Ministerio Público o autoridad competente. (en caso de que la autoridad haya tomado conocimiento del accidente).

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. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

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

7. 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.

8. 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.

9. 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 este seguro. 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 como resultado de la misma lesión para efecto de determinar el periodo máximo de beneficio y el beneficio máximo indemnizable 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 indemnizable y el beneficio máximo amparado.

10. 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 Coberturas de Accidentes

1. 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, 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.

5. 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:**
 - a) Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
 - c) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y
 - d) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la Práctica Profesional de Cualquier Deporte.
- C. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- D. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**

- E. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.**
- F. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, 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.

2. 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

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, siempre y cuando la Póliza continúe vigente.

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.

Condición Médica: Es cualquier enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

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.

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 ocurra dentro de la vigencia de este contrato.

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.

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.

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.

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.

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.

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.**

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.

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.

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 **sesenta (60) días, salvo cirugías a causa de enfermedad que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas: Amígdalas, Adenoides, Columna vertebral, Colecistitis, Cálculos biliares en la vesícula biliar y conductos biliares, Hemorroides, Fisura anal, Fístula anal y Prolapso rectal, Fibromas uterinos, histerectomía, sangrado uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso de cistocele, prolapso de Rectocele, Tumor o nódulo en las glándulas mamarias, Hidrocele, varicocele y espermatocele, Crecimiento benigno de la próstata, Rodilla, Cálculos urinarios, Cálculo renal, Uréteres, Uretra, Vejiga, Hernias internas o de la pared abdominal, Evisceraciones espontáneas o postquirúrgicas, Tiroidectomía por bocio multinodular o nódulo tiroideo, Desviación del tabique nasal, sinusitis, Válvulas cardíacas y Enfermedades de las arterias coronarias, Accidente cerebrovascular (derrames) en dónde el periodo de espera será de 12 (doce) meses 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 por más de 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 hasta el 20% de la suma asegurada de la cobertura de Cirugía 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

La Compañía pagará al Asegurado adicionalmente hasta el 40% de la suma asegurada de la cobertura de cirugía, la cual esta descrita en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente, 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 (craneotomía), 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.
- 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 2ª. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación y renovación para este contrato de seguro son:

Edades de Aceptación En años			
Cobertura	Mínima	Máxima	Renovación
Indemnización por Fallecimiento	18	64	70
Indemnización por Muerte accidental	18	64	70
Indemnización por Invalidez total y Permanente por Accidente	18	64	70
Renta diaria por hospitalización por accidente	18	64	70
Cirugía	18	64	70

Los límites mínimos y máximos antes establecidos son aplicables para todas las coberturas que incluye este contrato.

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

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del Contrato de Seguro o con posterioridad, extendiendo un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada fue incorrecta, y se encontraba fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a la devolución de la prima no devengada (sin incluir los gastos administrativos y operativos).

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima mayor que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la prima cobrada y la prima correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato. (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula 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 Declaraciones Inexactas

El Asegurado está obligado a declarar durante el proceso de contratación 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, tomando como verdadera la información y/o declaración de salud proporcionada por el Asegurado.

En caso de omisión, falsedad o falta de exactitud en el cuestionario respecto a la declaración 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

Para efectos del seguro contratado, se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente Cláusula y que se encuentran señalados en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir la indemnización en caso de que se afecte la cobertura de Indemnización por fallecimiento titular, indemnización por fallecimiento titular y cónyuge y muerte accidental. El Asegurado podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un Beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación, así como el cambio del o los Beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la Aseguradora para su registro correspondiente.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándola por escrito al Beneficiario y a la Compañía, quien lo hará constar en la Póliza, el cual será el único medio de prueba admisible; en los términos del artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no exista Beneficiario designado, la Suma Asegurada se pagará al cónyuge o concubino(a) o conviviente e hijos en partes iguales. A falta de estos, los padres del Asegurado en igual proporción. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal 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 debe designarse tutores, albaceas, Representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como Representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

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 por escrito 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 comunicándose al teléfono **800 911 2639** 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 señalada en la Carátula de la Póliza.

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, notificando a la otra parte que no es su deseo renovar el contrato de seguro. 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 en caso de existir dentro de este aniversario cambios en el producto contratado.

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.

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.

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 Compañía (UNE) o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) 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 Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

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

Datos de Contacto

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

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

Teléfono: 800 006 3342

Correo electrónico: uneseguros@chubb.com

Horarios de Atención: Lunes a jueves de 8:30 a 17:00
horas y viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx /
www.condusef.gob.mx

Teléfonos:

En la Ciudad de México: 55 5340 0999

En el territorio nacional: 800 999 8080

Clausula 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 Moales

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 de Seguro.

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

Cláusula 22ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

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

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

- f) Restricciones operativas aplicables de acuerdo con el Medio Electrónico, en este apartado la Compañía comunica las restricciones, en caso de existir, para el uso de los medios electrónicos, ya sea por sistema o por el uso de los dispositivos. En esta misma sección, la Compañía le informa al usuario del Medio Electrónico, que los productos y/o servicios que se contraten con los medios de identificación y, a través de los Medios Electrónicos que la Compañía tenga disponibles, son en sustitución a la firma autógrafa y sus efectos jurídicos.

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

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

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

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

- Cuando la entrega de la Póliza se realice vía correo electrónico, en el mismo correo electrónico se incluirá un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Contratante y/o Asegurado recibió la Póliza.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Contratante y/o Asegurado firmará un documento de acuse de recibo.

- Cuando la entrega de la Póliza se realice a través de envío a domicilio, la encargada de distribuir y hacer entrega de las Pólizas a cada Contratante y/o Asegurado será la empresa que la Compañía tiene contratada especialmente para dicho fin, quien de manera mensual le hará llegar a la Compañía un listado con la información referente a las Pólizas que efectivamente fueron entregadas durante el mes inmediato anterior.

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

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace referencia el párrafo anterior, deberá comunicarse al **800 911 2639** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
 - i. Llamar al **800 911 2639** en la Ciudad de México o resto de la República.
 - ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente.
 - iii. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **800 911 2639** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Cláusula 25ª. 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 para los potenciales clientes, Asegurado(s) y/o Contratante(s).

Invitación para Consultar al RECAS

Usted puede tener acceso a este Contrato de Seguro a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: **www.condusef.gob.mx**

Aviso de Privacidad Corto

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

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 14 de octubre de 2025, con el número PPAQ-S0039-0040-2025 / CONDUSEF-006899-03.

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 14 de octubre de 2025, con el número PPAQ-S0039-0040-2025 / CONDUSEF-006899-03.

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 14 de octubre de 2025, con el número PPAQ-S0039-0040-2025 / CONDUSEF-006899-03.

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 14 de octubre de 2025, con el número PPAQ-S0039-0040-2025 / CONDUSEF-006899-03.

Servicios de Asistencia

a) Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del titular sus familiares podrán solicitar la asistencia funeraria dentro de la red de proveedores establecida hasta el límite de responsabilidad establecido para este servicio en la Carátula de la Póliza.

Este servicio incluye:

1. Recolección del cuerpo dentro de la misma área geográfica a donde fueron trasladados los restos y traslado a la funeraria o domicilio donde se llevará a cabo el servicio funerario (máximo de 30 km, los kilómetros adicionales serán cubiertos por el familiar que solicita el servicio, no aplica reembolso)
2. Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial (no embalsamado)
3. Ataúd metálico estándar de por lo menos calibre 22
4. Uso de sala de velación por 24 horas (aproximadamente o préstamo de equipo para velación en domicilio (mesa pedestal, 4 candeleros o torcheros y Cristo)
5. Traslado en carroza al cementerio (máximo de 30 km, los kilómetros adicionales serán cubiertos por el familiar que solicita el servicio no aplica reembolso) o cremación

A. Asesoría

1. Telefónica legal (testamentaria y trámites administrativos)
2. Tanatológica

No aplica reembolso en ninguno de los servicios o asesorías detalladas.

b) Orientación Tanatológica por Teléfono

El proveedor brindará apoyo tanatológico/psicológico vía telefónica a los usuarios, recomendaciones profesionales para aminorar y asimilar el sufrimiento, duelos, depresión, ante la pérdida de su ser querido.

También se brindarán referencias a la red de psicólogos del proveedor. Los honorarios deberán de ser liquidados directamente por el usuario al psicólogo, estos servicios de consultas no están considerados dentro de la cobertura de seguro y serán pagados directamente a los proveedores por el Asegurado.

Servicio disponible las 24 h. del día, los 365 días del año, sin límite de eventos

c) Telemedicina

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

Servicio disponible las 24 h. del día, los 365 días del año, sin límite de eventos

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. **Asegurado:** Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente y que queda protegida por las coberturas que expresamente se señalan en la Carátula de la Póliza.
2. **Aseguradora o Compañía:** Significa Chubb Seguros México, S.A.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.

- 9. Fecha de Inicio de Vigencia:** Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.
- 10. 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.
- 11. Reclamación:** Significa el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de que ocurra el siniestro.
- 12. 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.
- 13. 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.

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 14 de octubre de 2025, con el número PPAQ-S0039-0040-2025 / CONDUSEF-006899-03.

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 14 de octubre de 2025, con el número PPAQ-S0039-0040-2025 / CONDUSEF-006899-03.

Contacto

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

Tel.: 800 223 2001