



ABA

Seguro
de Vida Grupo

de Chubb Seguros México, S.A.

**Seguro de Grupo Experiencia Combinada
Sin Participación en las Utilidades por
Siniestralidad Favorable**

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula 1ª. Definiciones	4
Cláusula 2ª. Cobertura Básica	5
Cláusula 3ª. Edad del Asegurado	5
Cláusula 4ª. Designación de Beneficiarios	5
Cláusula 5ª. Administración de la Póliza	6
Cláusula 6ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	7
Cláusula 7ª. Cancelación	8
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	8
Cláusula 1ª. Prima	8
Cláusula 2ª. Rehabilitación	9
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	10
Cláusula 4ª. Renovación	10
Cláusula 5ª. Selección de Riesgo	10
Cláusula 6ª. Competencia	10
Cláusula 7ª. Comunicaciones y Notificaciones	11
Cláusula 8ª. Moneda	11
Cláusula 9ª. Prescripción	11
Cláusula 10ª. Interés Moratorio	11
Cláusula 11ª. Modificaciones al Contrato	12
Cláusula 12ª. Medios de Contratación	12
Cláusula 13ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	12

Cláusula 14ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	13
Cláusula 15ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro	14
Cláusula 16ª. Artículos Citados	14
Endoso de Beneficios Adicionales por Accidente	23
Endoso de Beneficios Adicionales por Invalidez	27
Endoso de Beneficio Adicional por Enfermedades Graves	32
Endoso de Beneficios sin Costo para el Contratante	38
Endoso Prestación Laboral	40
Resumen de las Principales Condiciones Generales	41
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	54
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida	55
Cláusula OFAC	56
Aviso de Privacidad	57

Seguro de Grupo Experiencia Combinada sin Participación en las Utilidades por Siniestralidad Favorable

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula 1ª. Definiciones

Para todos los efectos de esta Póliza, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

Asegurado: Es la persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula o certificado de la misma.

Aseguradora y/o Compañía: Se refiere a Chubb Seguros México, S.A.

Beneficiario: Es la persona física o moral que recibe el pago especificado en la carátula o certificado de la Póliza.

Contratante: Significa la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Aseguradora y sobre la cual recae la obligación del pago de la Prima.

Contrato: Estas condiciones generales, la póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

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

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

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

Fecha de Renovación: La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para este Producto en la fecha de renovación respectiva.

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

Póliza: Significa el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, carátula o certificado, certificados y los endosos que sean emitidos por la Aseguradora.

Reclamación: Significará el beneficio que la Compañía conviene pagar en caso de ocurrencia del evento asegurado.

Suma Asegurada: Es la cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir una reclamación amparada por esta Póliza. El límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada cobertura, se determinará de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes.

Territorio Nacional: Se entenderá por territorio nacional los límites territoriales que comprenden los Estados Unidos Mexicanos.

Cláusula 2ª. Cobertura Básica

Indemnización por Fallecimiento

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del Asegurado estando vigente la Póliza y su Certificado Individual.

Cláusula 3ª. Edad del Asegurado

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

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

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

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- 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 4ª. Designación de 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 especificada(s) en la carátula de la Póliza o Certificado Individual 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 el Beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del Asegurado. 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 como el cambio del o los Beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la Aseguradora o al contratante, en su caso, para su registro correspondiente.

La Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

Cláusula 5ª. Administración de la Póliza

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

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

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

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

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

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

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

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

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

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

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cláusula 6ª. Procedimiento en Caso de Siniestro

1. Aviso

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

2. Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

3. Documentos para el Pago de Indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presente a la Compañía los siguientes documentos:
Las pruebas que el reclamante deberá presentar para la reclamación del siniestro son las siguientes:

- Formato de reclamación;
 - Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
 - Acta de defunción del Asegurado en original o copia certificada.
 - Copia Fotostática de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios.
 - Consentimiento/Certificado, en caso de contar con él.
- En caso de no existir designación de beneficiarios, presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a: Edificio Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono 01 800 087 4598.

4. Formas de Indemnización

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a esta Póliza en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

5. Deducciones

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

Cláusula 7ª. Cancelación

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

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la carátula de la póliza.
- b) Por el fallecimiento del Asegurado.
- c) Si el Asegurado titular cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- d) Por falta de pago de las primas, habiendo transcurrido el período de gracia.
- e) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- f) Cuando a petición de cualquiera de las partes, la Póliza no sea renovada.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada de su póliza, la Compañía devolverá la prima neta pagada 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 de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago. La Compañía realizará dicha devolución al contratante y/o Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

Sección Segunda Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

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

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) 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 cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

En caso de siniestro, la Aseguradora 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 en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente, mediante efectivo, cheque, transferencia bancaria, o bien, mediante descuentos por nómina o cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante 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 Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta 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. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 2ª. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.

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

La Aseguradora responderá por todos los siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Cláusula 3ª. Vigencia Del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

Cláusula 4ª. Renovación

Este seguro podrá ser renovado por periodos iguales, en las mismas condiciones en las que fue contratado, previa aceptación de la Aseguradora, salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento. 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. La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

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

Cláusula 5ª. Selección de Riesgo

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

Cláusula 6ª. Competencia

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

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

Datos de contacto

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250,
Torre Niza, Piso 15,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 01 800 223 2001
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
Teléfonos:
En la Ciudad de México: (55) 5340 0999
En el territorio nacional: 01 800 999 8080

Cláusula 7ª. Comunicaciones y Notificaciones

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

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Aseguradora.

Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

Cláusula 8ª. Moneda

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

Cláusula 9ª. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Cláusula 10ª. Interés Moratorio

En caso de que la Aseguradora, 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 indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta (30) días señalado en el artículo 71 antes citado.

Cláusula 11ª. Modificaciones al Contrato

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

Cláusula 12ª. Medios de Contratación

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el Asegurado corrobore que ha proporcionado a la Aseguradora la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva. El Asegurado es responsable de proporcionar la información descrita, y de los fines para los cuales se utilice dicha información.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a) Teléfono
- b) Correo
- c) Internet
- d) Fax
- e) Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente, son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:

- I. Llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República;
- II. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la póliza y existencia del cliente;
- III. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;
- IV. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

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

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

Cláusula 16ª. Artículos Citados

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- I. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora 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.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 102 (primer párrafo). - En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

Artículo 103.- La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:

- I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:

- a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y
 - b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
- II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:
- a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
 - b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

Artículo 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

Artículo 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis. - Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y

atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

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

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Endoso de Beneficios Adicionales por Accidente

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando los mismos se encuentren en vigor al momento del siniestro:

1. Muerte Accidental

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

De la Suma Asegurada anterior se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta Póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo Accidente que provocó la muerte del Asegurado.

2. Muerte Accidental Colectiva

La Aseguradora pagará otro tanto de la Suma Asegurada contratada por el beneficio de Muerte Accidental, si ocurre que el Accidente que provoque la muerte del Asegurado es de naturaleza colectiva, entendiéndose como tal:

- a) Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público aéreo, terrestre o marítimo y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular, o:
- b) Aquel accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- c) Aquel accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrará el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Definiciones

Accidente Cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Pasajero: Es la persona que hace uso del Transporte Público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

Transporte Público: Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

3. Pérdidas Orgánicas

Con Escalas de Indemnización A o B

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla y que se indica a continuación:

Tablas de Indemnización

Escala A:

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones A	% de la Suma asegurada contratada para esta cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Escala B:

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones B	% de la Suma asegurada contratada para esta cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar o ni el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

Responsabilidad Máxima en Cobertura por Pérdidas Orgánicas

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

Edades de Admisión

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, con cancelación en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

Pruebas

Además de lo mencionado en la cláusula de Pruebas y Documentos para el pago de la Indemnización de las condiciones generales, se deberán presentar las actuaciones del Ministerio Público completas.

Exclusiones Generales

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- 1. 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. Esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación del asegurado 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.**
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales,**

motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jetski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.

e) La práctica profesional de cualquier deporte.

- 3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 4. Cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea consecuencia de accidentes ocurridos por estar el asegurado en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 5. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 6. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).**
- 7. Muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- 8. Padecimientos preexistentes.**

En el caso de la cobertura de muerte accidental colectiva, la aseguradora no hará ningún pago por esta cobertura, si el accidente que provoque el fallecimiento / pérdida orgánica del asegurado ocurre en un taxi o en cualquier otro vehículo de transporte de pasajeros, si éste no tiene ruta e itinerario fijo establecido.

Lugar y fecha: _____

Chubb Seguros México S.A.

Funcionario Autorizado

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Endoso de Beneficios Adicionales por Invalidez

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando los mismos se encuentren en vigor al momento del siniestro:

1. Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

La Aseguradora pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si ocurre que estando vigente la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.

2. Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente

La presente cobertura se podrá ofrecer en alguna de las siguientes modalidades:

- a) **Temporal.** La Aseguradora mantendrá vigente por el periodo que falte para que concluya el plazo del seguro en curso, la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento del Asegurado, si es que ocurre que estando vigente tanto la Póliza como el Certificado Individual correspondiente, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.
- b) **Vitalicio.** La Aseguradora mantendrá vigente vitaliciamente la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento del Asegurado, si es que ocurre que estando vigente tanto la Póliza como el Certificado Individual correspondiente, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.

Definiciones

Accidente cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Invalidez Total y Permanente: Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que lo imposibiliten para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de tres (3) o de seis (6) meses, según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo continuo de tres (3) o de seis (6) meses:

- a) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos.
- b) La pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie.
- c) La pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un período de tres (3) o de seis (6) meses (según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente) a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentado.

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

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los tres (3) o seis (6) meses, según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

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 PRUEBAS y Documentos para el pago de la indemnización de las condiciones generales, 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. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Padecimientos o Enfermedades Preexistentes: Es aquel padecimiento que en fecha anterior a la iniciación de la cobertura para cada asegurado:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del ASEGURADO bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

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

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

1. La ASEGURADORA sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

3. En el caso de que el ASEGURADO manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la ASEGURADORA podrá aceptar el riesgo declarado.

4. El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la ASEGURADORA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por la ASEGURADORA.

Edades de Admisión

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y sesenta y nueve (69) años como máximo, con cancelación en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) años.

Exclusiones Generales

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la invalidez sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- 1. Accidentes que se originen por la participación del asegurado 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. Esta póliza no ampara invalidez derivada de accidentes que se originen por participación del asegurado 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.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, 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, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. 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 cubierto.
5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
9. 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).
10. Culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
11. Cuando el estado de invalidez haya sido originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Lugar y fecha: _____
Chubb Seguros México S.A.

Funcionario Autorizado

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Endoso de Beneficio Adicional por Enfermedades Graves

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando los mismos se encuentren en vigor al momento del siniestro:

Pago Adicional por Enfermedad Grave

La Aseguradora pagará en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado, una vez comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves descritas a continuación:

1. Todo Tipo de Cáncer

Definición

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio y leucemia.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

Se excluyen

- **Los tumores benignos.**
- **Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.**
- **El carcinoma “in situ” (que se entiende como la substitución del epitelio normal por células anormales que muestran cambios en la estructura interna sin rebasar más allá de la membrana basal, en cualquier parte del cuerpo).**
- **Los cánceres de piel de tipo basocelular y espinocelular.**
- **cáncer preexistente a la contratación de este seguro.**
- **Sarcoma de kaposi.**
- **Una infección oportunista y/o carcinoma maligno, si al momento de una crisis, el asegurado tenía síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o tenía anticuerpos positivos de vih en la prueba sanguínea (virus de inmunodeficiencia humana).**

2. Infarto Agudo al Miocardio

Definición

Padecimiento que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis.

El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.

- b) Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
- c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

Se excluye

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

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

• **No se cubren los ataques isquémicos transitorios.**

3. Apoplejía

Definición

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

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia de un vaso intracraneal
- Embolia de fuente extracraneal

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas). Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

Se excluyen:

- **Ataques isquémicos transitorios**

4. Insuficiencia Renal Crónica

Definición

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

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, de una Insuficiencia Renal Crónica.

Se excluye:

No está asegurada la insuficiencia renal crónica en asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha enfermedad; sin embargo, si el asegurado demuestra haber estado continuamente asegurado con un seguro de enfermedades graves durante al menos cinco (5) años en ésta o cualquier otra compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

5. Cirugía Coronaria

Definición

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

Riesgo Cubierto

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

Se Excluye

- **Trombólisis mediante cateterismo coronario.**

6. Esclerosis Múltiple

Definición

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

Riesgo Cubierto

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

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

7. Parálisis de Extremidades

Definición

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

Riesgo Cubierto

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

Se Excluye

- 1.- Parálisis ocasionada por Apoplejía.
- 2.- Parálisis ocasionada por Esclerosis Múltiple.

8. Trasplante de Órganos Vitales

Definición

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

Riesgo Cubierto

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

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

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

Se excluye

- **Cualquier gasto incurrido por el donante.**
- **Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos Monoventriculares y Biventriculares que asistan a la función del corazón.**

Limitación de Cobertura

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de la cobertura.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

Exclusiones generales para la cobertura de enfermedades graves

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

1. **Enfermedades preexistentes o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la póliza.**
2. **Enfermedades congénitas.**
3. **Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro**

de la familia del asegurado o que viva en la misma casa que el asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.

4. Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio;
5. Enfermedad grave originada como consecuencia de un accidente ocurrido por culpa grave del asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un médico;
6. Enfermedades graves derivadas de un intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

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

1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
3. Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.
4. Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
5. La práctica profesional de cualquier deporte.
6. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.
7. Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.
8. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el asegurado.

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

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

Edades de Admisión

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo dieciocho (18) años y sesenta y cinco (65) años como máximo, con cancelación en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de sesenta y seis (66) años.

Pruebas

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la identificación oficial del asegurado que contengan foto y firma (IFE, Pasaporte o Cédula Profesional).

3. Original del Informe Médico y/o Historia Clínica, pruebas radiológicas, histológicas y/o de laboratorio que sustenten la solicitud de pago.
4. Copia de los resultados de los estudios realizados (Electrocardiograma, Rx, Enzimas cardíacas)
5. Copia de la factura del hospital o Constancia de Hospitalización.

Lugar y fecha: _____
Chubb Seguros México S.A.

Funcionario Autorizado

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Endoso de Beneficios sin Costo para el Contratante

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

Los beneficios incluidos en este apartado se otorgarán sin costo para el Contratante.

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

En caso de que al Asegurado le sea diagnosticada una Enfermedad en Fase Terminal durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora, a su solicitud, podrá pagar un anticipo de hasta el treinta por ciento (30%) de la Suma Asegurada contratada para la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento, sin exceder de ciento cincuenta (150) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Área Geográfica Única del país, el cual se deducirá de dicha cobertura básica.

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 tiene tratamiento curativo o con capacidad para retrasar la evolución de la enfermedad.
- Existen la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, además de un gran sufrimiento (físico o psicológico) en el Asegurado o la familia.
- Hay gran impacto emocional en el Asegurado, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.

Pago

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- a) La Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

Pruebas

La reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

- a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá contener un informe firmado por el médico tratante en el que éste diagnostique que el Asegurado tiene una expectativa de vida menor a doce (12) meses a causa de la Enfermedad Terminal amparada por este beneficio, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.
- b) Adicionalmente la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que 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.

Exclusiones

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- 1. Lesiones que se cause a sí mismo el asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio, sin importar en qué año de vigencia se presente.**
- 2. Padecimientos preexistentes. si la enfermedad terminal padecida por el asegurado ha sido diagnosticada por un médico con anterioridad al inicio de vigencia de esta cobertura.**
- 3. Cualquier padecimiento que no sea uno de los especificados en la definición de enfermedad terminal.**

Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios

En caso del fallecimiento del Asegurado, el beneficiario designado podrá solicitar un anticipo de hasta el treinta por ciento (30%) sobre la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento, sin exceder de treinta y cinco (35) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Área Geográfica Única del país, siempre y cuando la parte que le corresponda como beneficiario sea como mínimo igual al monto del anticipo, siempre y cuando se presenten, además de los documentos mencionados en el apartado de Pruebas y Documentos para el pago de la Indemnización, los siguientes:

- a) Presentar el Certificado Médico de Defunción.
- b) Presentar el Certificado Individual del Asegurado, en caso de contar con él.
- c) Presentar algún medio de identificación con el que se acredite fehacientemente la identidad del Asegurado.
- d) También será requisito que la parte de la Suma Asegurada a la que tenga derecho el beneficiario que lo solicite, sea igual o mayor al pago que por este beneficio tenga que efectuar la Aseguradora.

Pago

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- a) La Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

Lugar y fecha: _____

Chubb Seguros México S.A.

Funcionario Autorizado

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Endoso Prestación Laboral

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

Las siguientes condiciones aplicarán cuando este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral:

- La Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor (Artículo 19, fracción I, del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).
- Por otro lado, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta (30) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
- La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento (Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Resumen de las Principales Condiciones Generales

Cobertura Básica

Indemnización por Fallecimiento

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del Asegurado estando vigente la Póliza y su Certificado Individual.

Edad del Asegurado

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, pudiéndose renovar la Póliza hasta el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

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

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

Administración de la Póliza

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

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

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

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

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

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

asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

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

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos al Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Procedimiento en caso de Siniestro

1. Aviso

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

2. Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

3. Documentos para el Pago de Indemnización

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

Las pruebas que el reclamante deberá presentar para la reclamación del siniestro son las siguientes:

- Formato de reclamación;
- Identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de Servicio Militar).
- Acta de defunción del Asegurado en original o copia certificada.
- Copia Fotostática de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios.
- Consentimiento/Certificado, en caso de contar con él.
- En caso de no existir designación de beneficiarios, presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a: Edificio Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono 01 800 087 4598.

4. Formas de Indemnización

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a esta Póliza en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

5. Deducciones

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

Cancelación

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

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la carátula de la póliza.
- b) Por el fallecimiento del Asegurado.
- c) Si el Asegurado titular cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- d) Por falta de pago de las primas, habiendo transcurrido el período de gracia.
- e) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- f) Cuando a petición de cualquiera de las partes, la Póliza no sea renovada.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada de su póliza, la Compañía devolverá la prima neta pagada 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 de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago. La Compañía realizará dicha devolución al contratante

y/o Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

Cláusula 1ª. Prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados y vence en el momento de la celebración del contrato.

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

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) 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 cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

En caso de siniestro, la Aseguradora 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 en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente, mediante efectivo, cheque, transferencia bancaria, o bien, mediante descuentos por nómina o cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante 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 Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta 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. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 2ª. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 1ª. Prima de estas Disposiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato desde las cero horas de la fecha de pago.

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

La Aseguradora responderá por todos los siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

Cláusula 4ª. Renovación

Este seguro podrá ser renovado por periodos iguales, en las mismas condiciones en las que fue contratado, previa aceptación de la Aseguradora, salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento. 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.

La renovación del seguro 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.

Cláusula 5ª. Selección de Riesgo

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

Cláusula 6ª. Competencia

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

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

Datos de contacto

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250,
Torre Niza, Piso 15,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 01 800 223 2001
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
Teléfonos:
En la ciudad de México: (55) 5340 0999
En el territorio nacional: 01 800 999 8080

Cláusula 7ª. Comunicaciones y Notificaciones

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

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Aseguradora.

Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

Cláusula 8ª. Moneda

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

Cláusula 9ª. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

- En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;

II. En dos (2) años, en los demás casos.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Cláusula 10ª. Interés Moratorio

En caso de que la Aseguradora, 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 indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta (30) días señalado en el artículo 71 antes citado.

Cláusula 11ª. Modificaciones al Contrato

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

Cláusula 12ª. Medios de Contratación

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el Asegurado corrobore que ha proporcionado a la Aseguradora la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva. El Asegurado es responsable de proporcionar la información descrita, y de los fines para los cuales se utilice dicha información.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al Contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a) Teléfono
- b) Correo
- c) Internet
- d) Fax
- e) Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación.

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente, son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

Asimismo, se hace del conocimiento del Asegurado, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la Aseguradora.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al 01 800 223 2001 en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
 - I. Llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República;
 - II. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la póliza y existencia del cliente;
 - III. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;
 - IV. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

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

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

Endoso de Beneficios Adicionales por Accidente

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando los mismos se encuentren en vigor al momento del siniestro:

1. Muerte Accidental

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

De la Suma Asegurada anterior se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta Póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo Accidente que provocó la muerte del Asegurado.

2. Muerte Accidental Colectiva

La Aseguradora pagará otro tanto de la Suma Asegurada contratada por el beneficio de Muerte Accidental, si ocurre que el Accidente que provoque la muerte del Asegurado es de naturaleza colectiva, entendiéndose como tal:

- a) Aquel Accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un vehículo público aéreo, terrestre o marítimo y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular, o;
- b) Aquel accidente que tuviera el Asegurado viajando como pasajero en un ascensor, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
- c) Aquel accidente provocado por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrará el Asegurado al momento de iniciarse el incendio.

Definiciones

Accidente Cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Pasajero: Es la persona que hace uso del Transporte Público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

Transporte Público: Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

3. Pérdidas Orgánicas

Con Escalas de Indemnización A o B

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las Pérdidas Orgánicas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora pagará el porcentaje de la

Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura indicado en dicha tabla y que se indica a continuación:

Tablas de Indemnización

Escala A:

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones A	% de la Suma asegurada contratada para esta cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Escala B:

Pérdida orgánica Escala de indemnizaciones B	% de la Suma asegurada contratada para esta cobertura
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo, el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar o ni el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

Responsabilidad Máxima en Cobertura por Pérdidas Orgánicas

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

Edades de Admisión

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y setenta y nueve (79) años como máximo, con cancelación en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.

Pruebas

Además de lo mencionado en la cláusula de Pruebas y Documentos para el pago de la Indemnización de las condiciones generales, se deberán presentar las actuaciones del Ministerio Público completas.

Exclusiones generales

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

1. 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. Esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación del asegurado 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.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jetski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - e) la práctica profesional de cualquier deporte.
3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 4. Cuando la muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdida orgánica sea consecuencia de accidentes ocurridos por estar el asegurado en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
 5. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 6. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada).
 7. Muerte accidental, muerte accidental colectiva o pérdidas orgánicas sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer comotal.
 8. Padecimientos preexistentes.

En el caso de la cobertura de muerte accidental colectiva, la aseguradora no hará ningún pago por esta cobertura, si el accidente que provoque el fallecimiento / pérdida orgánica del asegurado ocurre en un taxi o en cualquier otro vehículo de transporte de pasajeros, si éste no tiene ruta e itinerario fijo establecido.

Endoso de Beneficios Adicionales por Invalidez

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes, que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando los mismos se encuentren en vigor al momento del siniestro:

1. Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

La Aseguradora pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si ocurre que estando vigente la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.

2. Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente

La presente cobertura se podrá ofrecer en alguna de las siguientes modalidades:

- a) **Temporal.** La Aseguradora mantendrá vigente por el periodo que falte para que concluya el plazo del seguro en curso, la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento del Asegurado, si es que ocurre que estando vigente tanto la Póliza como el Certificado Individual correspondiente, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.
- b) **Vitalicio.** La Aseguradora mantendrá vigente vitaliciamente la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento del Asegurado, si es que ocurre que estando vigente tanto la Póliza como el Certificado Individual correspondiente, el Asegurado sufre de un estado de Invalidez Total y Permanente, conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza.

Definiciones

Accidente cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

Invalidez Total y Permanente: Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que lo imposibiliten para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de tres (3) o de seis (6) meses, según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo continuo de tres (3) o de seis (6) meses:

- a) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos.
- b) La pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie.
- c) La pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un período de tres (3) o de seis (6) meses (según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente) a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentado.

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

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los tres (3) o seis (6) meses, según lo que se estipule en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.

Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente

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 PRUEBAS y Documentos para el pago de la indemnización de las condiciones generales, 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. El médico de la Institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por La Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Padecimientos o Enfermedades Preexistentes: Es aquel padecimiento que en fecha anterior a la iniciación de la cobertura para cada asegurado:

- Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del ASEGURADO bajo la Póliza.
- Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

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

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

1. La ASEGURADORA sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

3. En el caso de que el ASEGURADO manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la ASEGURADORA podrá aceptar el riesgo declarado.

4. El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la ASEGURADORA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por la ASEGURADORA.

Edades de Admisión

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo doce (12) años y sesenta y nueve (69) años como máximo, con cancelación en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) años.

Exclusiones generales

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la invalidez sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- Accidentes que se originen por la participación del asegurado 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. Esta póliza no ampara invalidez derivada de accidentes que se originen por participación del asegurado 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.
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - d) La práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jetski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - e) La práctica profesional de cualquier deporte.
3. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. 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 cubierto.
5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
9. 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).
10. Culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
11. Cuando el estado de invalidez haya sido originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y, en su caso, las enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Endoso de Beneficio Adicional por Enfermedades Graves

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

El Asegurado, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, quedará cubierto por cualquiera de las coberturas opcionales siguientes que aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando los mismos se encuentren en vigor al momento del siniestro:

Pago Adicional por Enfermedad Grave

La Aseguradora pagará en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado, una vez comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves descritas a continuación:

1. Todo Tipo de Cáncer

Definición

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio y leucemia.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

Se excluyen

- Los tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- El carcinoma "in situ" (que se entiende como la sustitución del epitelio normal por células anormales que muestran cambios en la estructura interna sin rebasar más allá de la membrana basal, en cualquier parte del cuerpo).
- los cánceres de piel de tipo basocelular y espinocelular.
- Cáncer preexistente a la contratación de este seguro.
- Sarcoma de kaposi.
- Una infección oportunista y/o carcinoma maligno, si al momento de una crisis, el asegurado tenía síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o tenía anticuerpos positivos de vih en la prueba sanguínea (virus de inmunodeficiencia humana).

2. Infarto Agudo al Miocardio

Definición

Padecimiento que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardiaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis.

El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a) Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.
- b) Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones,

diaforesis (sudoración excesiva).

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

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

Se excluye

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

- a) infarto al miocardio ocurrido por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
 - b) los siguientes padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza:
 - i. diabetes mellitus tipos 1, 2 e ideopática;
 - ii. hipertensión arterial;
 - iii. obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (imc) mayor a 30 unidades. las unidades en que están dados los índices de masa corporal, se obtienen mediante la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para considerar a alguien obeso mórbido es que el índice de masa corporal sea de 30 o más unidades kg/e2.
- No se cubren los ataques isquémicos transitorios.

3. Apoplejía

Definición

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

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia de un vaso intracraneal
- Embolia de fuente extracraneal

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas). Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

Se excluyen

- ataques isquémicos transitorios

4. Insuficiencia Renal Crónica

Definición

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace

necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Riesgo Cubierto

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, de una Insuficiencia Renal Crónica.

Se excluye

No está asegurada la insuficiencia renal crónica en asegurados diabéticos, cuando ésta sea consecuencia de dicha enfermedad; sin embargo, si el asegurado demuestra haber estado continuamente asegurado con un seguro de enfermedades graves durante al menos cinco (5) años en ésta o cualquier otra compañía de seguros, esta exclusión no tendrá efecto alguno.

5. Cirugía Coronaria

Definición

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

Riesgo Cubierto

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

Se Excluye:

- **Trombósis Mediante Cateterismo Coronario.**

6. Esclerosis Múltiple

Definición

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

Riesgo Cubierto

Diagnóstico definitivo e inequívoco de neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de Esclerosis Múltiple caracterizada, al menos, por persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones; aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada en una silla de ruedas. Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

7. Parálisis de Extremidades

Definición

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

Riesgo Cubierto

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

Se excluye

- 1. Parálisis ocasionada por apoplejía.**
- 2. Parálisis ocasionada por esclerosis múltiple.**

8. Trasplante de Órganos Vitales

Definición

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

Riesgo Cubierto

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

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

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

Se excluye:

- **Cualquier gasto incurrido por el donante.**
- **Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del corazón.**

Limitación de Cobertura

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de la cobertura.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

Exclusiones generales para la cobertura de enfermedades graves

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

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

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

1. **Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
2. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
3. **Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.**
4. **Deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, taumáquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
5. **La práctica profesional de cualquier deporte.**
6. **El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.**
7. **Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.**
8. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el asegurado.**

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

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

Edades de Admisión

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este beneficio serán como mínimo dieciocho (18) años y sesenta y cinco (65) años como máximo, con cancelación en el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el Asegurado alcance la edad de sesenta y seis (66) años.

Pruebas

1. Formato de Reclamación.
2. Copia de la identificación oficial del asegurado que contengan foto y firma (IFE, Pasaporte o Cédula Profesional).
3. Original del Informe Médico y/o Historia Clínica, pruebas radiológicas, histológicas y/o de laboratorio que sustenten la solicitud de pago.
4. Copia de los resultados de los estudios realizados (Electrocardiograma, Rx, Enzimas cardíacas)
5. Copia de la factura del hospital o Constancia de Hospitalización.

Endoso de Beneficios sin Costo para el Contratante

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

Los beneficios incluidos en este apartado se otorgarán sin costo para el Contratante.

Las siguientes bases regirán mientras este beneficio se encuentre amparado tanto en la carátula de la Póliza como en el Certificado Individual respectivo y ambos se encuentren en vigor:

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal

En caso de que al Asegurado le sea diagnosticada una Enfermedad en Fase Terminal durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora, a su solicitud, podrá pagar un anticipo de hasta el treinta por ciento (30%) de la Suma Asegurada contratada para la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento, sin exceder de ciento cincuenta (150) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Área Geográfica Única del país, el cual se deducirá de dicha cobertura básica.

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 moto neuronas 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 tiene tratamiento curativo o con capacidad para retrasar la evolución de la enfermedad.
- Existen la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, además de un gran sufrimiento (físico o psicológico) en el Asegurado o la familia.
- Hay gran impacto emocional en el Asegurado, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.

Pago

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- a) La Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- b) La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

Pruebas

La reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

- a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal en cuestión deberá contener un informe firmado por el médico tratante en el que éste diagnostique que el Asegurado tiene una expectativa de vida menor a doce (12) meses a causa de la Enfermedad Terminal amparada por este beneficio, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico.

- b) Adicionalmente la Aseguradora se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que 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.

Exclusiones

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- 1. Lesiones que se cause a sí mismo el asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio, sin importar en qué año de vigencia se presente.**
- 2. Padecimientos preexistentes, si la enfermedad terminal padecida por el asegurado ha sido diagnosticada por un médico con anterioridad al inicio de vigencia de esta cobertura.**
- 3. Cualquier padecimiento que no sea uno de los especificados en la definición de enfermedad terminal.**

Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios

En caso del fallecimiento del Asegurado, el beneficiario designado podrá solicitar un anticipo de hasta el treinta por ciento (30%) sobre la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento, sin exceder de treinta y cinco (35) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Área Geográfica Única del país, siempre y cuando la parte que le corresponda como beneficiario sea como mínimo igual al monto del anticipo, siempre y cuando se presenten, además de los documentos mencionados en el apartado de Pruebas y Documentos para el pago de la Indemnización, los siguientes:

- Presentar el Certificado Médico de Defunción.
- Presentar el Certificado Individual del Asegurado, en caso de contar con él.
- Presentar algún medio de identificación con el que se acredite fehacientemente la identidad del Asegurado.
- También será requisito que la parte de la Suma Asegurada a la que tenga derecho el beneficiario que lo solicite, sea igual o mayor al pago que por este beneficio tenga que efectuar la Aseguradora.

Pago

El pago que, en su caso, efectúe la Aseguradora al amparo de este beneficio producirá los siguientes efectos:

- La Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica de Indemnización por Fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.
- La reserva y la prima estipulada, se reducirán en la misma proporción conforme a lo arriba establecido. En consecuencia, se reducirá también cualquier cantidad de la que pudieran disponer el contratante o el Asegurado.

Endoso Prestación Laboral

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
Contratante: _____

Las siguientes condiciones aplicarán cuando este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral:

- La Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor (Artículo 19, fracción I, del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).
- Por otro lado, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta (30) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
- La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento (Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

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

Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

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

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

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

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

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

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

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 febrero de 2017, con el número CNSF-S0039-0946-2016 / CONDUSEF-002146-03.

Cláusula OFAC

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

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 21 de marzo de 2013, con el número CGEN-S0039-0092-2013 / CONDUSEF-002146-03.

Aviso de Privacidad

(Fecha de Última Actualización: mayo 2016)

Chubb Seguros México, S.A., en adelante Chubb con domicilio establecido en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad en cumplimiento con el principio de información establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en adelante la Ley y demás normativa relacionada.

¿Qué datos personales recabamos de usted?

Los datos personales que son tratados por a Chubb, son aquellos necesarios para la relación jurídica que se entabla, como pueden ser los relativos para fines de emisión de pólizas, análisis y/o pago de siniestros, para la promoción y venta de diversos productos financieros, o bien para la contratación de servicios que requiera esta Institución. Los datos sujetos a tratamiento son siguientes: (i) nombre; (ii) sexo; (iii) estado civil; (iv) lugar y fecha de nacimiento; (v) nacionalidad; (vi) clave del RFC y CURP; (vii) números telefónicos y correo electrónico; (viii) domicilio particular; (ix) datos financieros y/o patrimoniales como estados financieros, números de cuenta bancarios, bienes inmuebles; (x) datos relacionados a su trayectoria laboral (CV); (xi) ocupación; (xii) información sobre su estado de salud y antecedentes médicos; (xiii) datos personales de familiares como son: nombres, edad, domicilio, ocupación, residencia; así como también el nombre, domicilio, ocupación y teléfono de referencias personales.

Al firmar este aviso de privacidad, usted otorga su consentimiento expreso para que nosotros tratemos sus datos personales incluso los sensibles, financieros y/o patrimoniales.

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

¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Chubb, podrá recabar sus datos personales ya sea de forma personal o directa por algún medio que permita su entrega directa al responsable como es por medio de nuestra página de internet o correos electrónicos, y/o de forma indirecta (a través de otros medios como fuentes de acceso público, o transferencias como puede ser por medio de Promotores, Agentes de Seguros y Fianzas o cualquier otro tercero autorizado para tal efecto).

¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?

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

- i) Valorar la solicitud para la emisión de pólizas de seguros ya sea que usted la requiera con el carácter asegurado o contratante,
- ii) Realizar operaciones distintas a la emisión de pólizas de seguros como lo pueden ser análisis y/o pagos de siniestros,
- iii) Valorar la prestación de servicios que requiera Chubb,
- iv) Contactarlo por motivos relacionados a la relación jurídica que se establezca,
- v) Integración de expedientes de identificación,
- vi) Proporcionar información a las autoridades que nos lo soliciten y de las que Chubb esté obligada a entregar información,
- vii) Proporcionar información a auditores externos cuando la requieran para emitir sus dictámenes sobre nuestra compañía, o a terceros proveedores de servicios de Chubb, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como aseguradora.

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de Chubb, o las empresas que forman parte del Chubb Group en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestra industria o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de Chubb o las empresas que forman parte del Chubb Group en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de Chubb, o las empresas que forman parte del Chubb Group en México y alrededor del mundo; (iv) usos estadísticos y para medir la calidad de los servicios de Chubb; (v) organización de eventos y (vi) la transferencia a terceras partes socios comerciales, con el propósito de que puedan contactarlo para ofrecerle servicios y productos que estén o no relacionados con los servicios que esta empresa preste.

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

No deseo que Chubb use mi información personal para las finalidades mencionadas en el párrafo anterior.

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

¿Con quién compartimos sus datos personales?

Asimismo, le informamos que sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros podrán ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, por personas distintas a Chubb para las finalidades establecidas en el presente Aviso de Privacidad y para poder cumplir con nuestras obligaciones contractuales y/o legales frente a usted y frente a las autoridades de otros países. En ese sentido su información podrá ser compartida con:

(i) Contratistas, prestadores de servicio y asesores de Chubb con los siguientes giros: (a) empresas especializadas en investigación de antecedentes en bases de datos nacionales como internacionales, (b) auditores externos que procesan la información por cuenta de Chubb; (ii) empresas nacionales y extranjeras que sean parte del Chubb Group en México; (iii) autoridades en México o en el extranjero; y (iv) a cualquier otra persona autorizada por la ley o el reglamento aplicable.

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

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

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

Nota: si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito

su negativa para la transferencia de sus datos personales con respecto a las finalidades que refiere el párrafo anterior. Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o en el correo electrónico datospersonales@chubb.com

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

Sus derechos - ¿Cómo puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento o transferencia de sus datos personales?

Como titular de los datos personales que usted nos proporcione, usted tendrá de conformidad con la Ley y su Reglamento el derecho de **acceder** a los datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos; **rectificar** en caso de que estén incompletos o sean inexactos; **cancelar** en caso que considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente Aviso de Privacidad, estén siendo utilizados para finalidades que no hayan sido consentidos; o bien, **oponerse** al tratamiento de los datos personales que nos haya proporcionado para fines específicos.

Si usted desea realizar el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición al tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud en los términos establecidos por la Ley y su Reglamento, a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico datospersonales@chubb.com, o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier solicitud de ejercicio de sus derechos, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales a los que desea acceder o que desea rectificar, cancelar u oponerse y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendario siguiente a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

Usted puede utilizar los formularios que para estos efectos Chubb pone a su disposición en su página de internet www.chubb.com/mx

Cuando sea procedente una solicitud de acceso a la información, los datos personales se pondrán a su disposición por medios electrónicos.

¿Cómo puede revocar el consentimiento de tratamiento de sus datos personales?

Si usted desea revocar el tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico datospersonales@chubb.com o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

Para cualquier solicitud, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales de los que desea revocar el consentimiento y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de revocación es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de sus datos personales?

Usted tiene derecho de limitar el uso o divulgación de sus datos personales para las finalidades que no son necesarias para nuestra relación jurídica, por lo que si usted desea ejercer este derecho, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de datos personales enviando un correo electrónico a datospersonales@chubb.com o en nuestro domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México a fin de indicarnos dicha situación y a efecto de que se le inscriba en un listado de exclusión del cual se le otorgará una constancia electrónica o física, según nos lo solicite.

Si requiere mayor información del ejercicio de sus derechos ante Chubb, favor de enviar un correo electrónico a la dirección datospersonales@chubb.com

Modificaciones al Aviso de Privacidad; Legislación y Jurisdicción

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

Las modificaciones a nuestro Aviso de Privacidad se darán a conocer a través de nuestra página de Internet www.chubb.com/mx, por lo que le sugerimos revisar constantemente nuestro sitio de Internet a fin de conocer cualquier cambio realizado.

Este Aviso de Privacidad se rige por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las demás leyes y reglamentos de los Estados Unidos Mexicanos. La aceptación de este Aviso de Privacidad implica una aceptación por escrito de los términos del mismo y su sometimiento expreso a los tribunales de la Ciudad de México, para cualquier controversia o reclamación derivada de este Aviso de Privacidad.

Si usted considera que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer la queja o denuncia correspondiente ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, para mayor información visite www.ifai.org.mx

Manifiesto que entiendo y acepto los términos de este Aviso de Privacidad, consiento que mis datos personales sensibles y financieros sean tratados conforme a los términos y condiciones de este aviso de privacidad y consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala este aviso de privacidad.

Nombre:

Fecha:

Firma de conformidad: _____



Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250,
Torre Niza, Piso 15,
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 01 800 223 2001

www.chubb.com/mx