ABA | Seguro de Viaje

de Chubb Seguros México, S.A.

Seguro de Viaje de Negocios

ABA Seguro de Viaje
de Chubb Seguros México, S.A.

Contenido

Sección Primera
Disposiciones Particulares 4

Cláusula Primera. Definiciones 4

Cláusula Segunda. Coberturas de Seguro 11

Cláusula Tercera. Exclusiones Aplicables a las Coberturas de Seguro 20

Cláusula Cuarta. Servicios de Asistencia en Viaje 23

Cláusula Quinta. Exclusiones para los Servicios de Asistencia 28

Cláusula Sexta. Edad 28

Cláusula Séptima. Procedimiento en Caso de Siniestro 29

Cláusula Octava. Cancelación 32

Cláusula Novena. Terminación Anticipada 33

Cláusula Décima. Límite Territorial y Residencia 33

Sección Segunda
Disposiciones Generales 34

Cláusula 1ª. Prima 34

Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato 34

Cláusula 3ª. Competencia 34

Cláusula 4ª. Comunicaciones y Notificaciones 35

Cláusula 5ª. Moneda 35

Cláusula 6ª. Prescripción 35

Cláusula 7ª. Indemnización por Mora 36

Cláusula 8ª. Modificaciones 36

Cláusula 9ª. Medios de Contratación 36

Cláusula 10ª. Agravación Esencial del Riesgo 37

Cláusula 11ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales 38

Cláusula 12ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas) 38

Cláusula 13ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro 39

Cláusula 14ª. Artículos Citados 39

Consentimiento Para la Entrega de la Documentación Contractual 49

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades 50

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Daños 51

Cláusula OFAC 52

Aviso de Privacidad 53

Seguro de Viaje de Negocios

Sección Primera
Disposiciones Particulares

Cláusula Primera. Definiciones

Para los efectos del presente Contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Abuso en el Consumo de Drogas: El consumo de cualquier droga u otra preparación de adicción, a menos que se haga de conformidad con una receta preparada y emitida por un médico autorizado.

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

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

Las lesiones corporales sufridas por el Asegurado, el tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas, serán consideradas como un solo siniestro.

Acompañante: Persona física que mantiene una relación cercana con el Asegurado y se encuentra incluida en la misma Póliza o certificado, y en cuyo caso realiza el viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario y en el mismo Transporte Público.

Aerolínea: Línea aérea comercial autorizada legalmente para el transporte aéreo regular de pasajeros en Viaje de itinerario. No se consideran en esta definición las aerolíneas y/o los vuelos privados operados como vuelos chárter, los cuales sólo podrán ser cubiertos mediante convenio expreso emitido por la Compañía.

Aeronave: Avión operado por una línea Aerolínea autorizada para el transporte regular de pasajeros en viajes de itinerario regular.

Alojamiento: Cualquier Hotel o lugar público autorizado destinado para el alojamiento temporal de personas para la cual el Asegurado realizó una reservación y efectuó un pago comprobable por su estancia.

Asegurado: Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este Contrato. Bajo esta Póliza quedarán amparados los Asegurados que se hayan asentado expresamente en la Carátula de la Póliza.

Beneficiarios: Los Asegurados mayores de edad, tendrán derecho a designar a un tercero como Beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la Compañía. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la Póliza para su anotación. Cada Asegurado, aún en el caso

de que haya designado en la Póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte. Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación. El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible. Si el Asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como Beneficiarios de su Póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales. La Compañía efectuará el pago de la indemnización correspondiente conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás. Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado, sin que se hubiese designado algún Beneficiario substituto.

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

Casa Habitación: Lugar físico donde el Asegurado reside de forma permanente y que representa su Residencia Permanente para los efectos de este seguro.

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

Condición Controlada: Son todas aquellas causas que provoquen la retención del equipaje registrado por parte de la Aerolínea al destino programado y que sean del conocimiento del pasajero antes del momento de abordar.

Condiciones Meteorológicas Extremas: Condiciones del tiempo peligrosas limitadas a niebla, granizo, trombas, ventisca o tormenta de nieve.

Contratante: Es la persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro y que tiene a su cargo el pago de la prima y el beneficio del recibo fiscal.

Contrato de Seguro: Es el documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Estas condiciones generales, la Póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del contrato de seguro.

Cuarentena: Aislamiento obligatorio o restricciones a lugares donde el Asegurado puede ir, con la intención de evitar el contagio y esparcimiento de una enfermedad.

Daño Corporal: Se refiere a una lesión sufrida accidentalmente por un Asegurado.

Daño de Equipaje: Será aquel perjuicio, o menoscabo, que sufra el Equipaje Registrado derivado del mal trato que pudiera tener durante el Viaje.

Deducible: Cantidad a cargo del Asegurado que será establecido en la carátula de la Póliza, y cuyo importe deberá de superarse para que se pague una reclamación. Dicho importe cuando se encuentre descrito en la Póliza aplicará por evento.

Dependencia al Consumo de Drogas: Un estado mental o físico que haya sido originado directa o indirectamente por, o esté en vías de relacionarse con el consumo de una o más drogas o cualquier preparación adictiva y que se manifieste en síntomas que incluyen un estado compulsivo por consumir esas drogas o preparación adictiva o en una base continua o periódica.

Desastre Natural: Evento meteorológico o medioambiental extremo a gran escala que daña propiedad, trastorna el tráfico o pone en peligro a las personas. Ejemplos incluyen: terremoto, incendio, inundación, huracán o erupción volcánica.

Día: Periodo de veinticuatro (24) horas consecutivas que inicia a las 00:00 horas y termina a las 23:59 horas.

Emergencia: Situación derivada de una Urgencia Médica o Accidente Cubierto que se presenta en forma súbita o inesperada que requiere atención médica inmediata por representar una amenaza para la vida del Asegurado para prevenir un daño irreversible en la salud y cuya asistencia no puede ser demorada.

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.

Enfermedad: Situación derivada de una alteración involuntaria de la salud que pone en riesgo la integridad o vida del Asegurado en un periodo muy corto de tiempo si no se actúa médicamente, la cual se presenta posterior a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o certificado, y cuyo diagnóstico y confirmación es derivado de un médico certificado y constituye el fundamento del reclamo presentado por el Asegurado. No se consideran para este apartado las enfermedades preexistentes ni congénitas.

Enfermedad Congénita: Se entiende como congénita, la enfermedad con que se nace, se hereda o se contrae en el seno materno.

Enfermedad Preexistente: Se entenderá por condición y/o padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

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 un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado 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.

   El procedimiento del arbitraje estará establecido por el Árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

   En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes seleccionarán de común acuerdo al médico que fungirá como árbitro, quien deberá resolver de manera profesional la controversia planteada, debiendo ser el árbitro independiente a las partes en conflicto. Las partes interesadas fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el mismo.

   El laudo emitido por arbitraje vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

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

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

Equipaje: Se refiere a los bienes de uso personal que transporta el Asegurado tales como ropa, calzado, artículos de belleza y aseo, artículos de entretenimiento, deportivos personales siempre que puedan ser transportados común y normalmente por un pasajero, libros, artículos de medición de presión arterial y glucosa de uso personal, medicamentos y cualquier otro elemento de uso meramente personal y destinado para el viaje. Asimismo, se encuentran incluidas las maletas, baúles y porta trajes donde sean transportados los artículos de viaje del Asegurado.

Familiar Directo: Se refiere al cónyuge, hijos, padres y hermanos del Asegurado.

Gasto Usual y Acostumbrado: Aquellos costos por los que a los clientes usualmente les son cobrados servicios específicos en una zona geográfica particular. Los cargos son apropiados a la disponibilidad del servicio, y a los proveedores de servicios calificados y autorizados.

Habitación Estándar: Habitación básica privada con baño propio.

Honorarios Médicos: Es aquella remuneración que obtiene el profesional médico por los servicios que presta al Asegurado.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Hospitalización: Internamiento del Asegurado en un Hospital o Sanatorio por diagnóstico, bajo el cuidado y atención de un médico, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas continuas.

Hospitalizaciones Recurrentes: Se refiere a una internación en el Hospital derivada de las mismas causas que dieron origen a una Hospitalización previa, o bien, por causas que estén relacionadas con la misma, en las cuales el beneficio ya fue pagado por el plan contratado.

Indemnización: Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

Idioma: Cualquier traducción de este contrato distribuido por la Compañía y que se encuentre disponible al momento de la contratación del seguro, será referencia no legal de las condiciones del seguro contratado, por lo que en todo caso siempre prevalecerá la versión en español entregada junto con la Póliza de seguro.

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

También se considerarán estados de incapacidad total y permanente sin que opere el periodo de espera de seis meses, los siguientes eventos:

Evento	Porcentaje
La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos	100%
La pérdida de ambas manos o ambos pies	100%

La pérdida de una mano y un pie	100%
La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo	100%

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.

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

Lavado de Dinero: Se refiere al procedimiento que se lleva a cabo para cambiar la titularidad del dinero obtenido ilegalmente, de manera que parezca dinero procedente de una fuente legítima.

Médico: Persona titulada y legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del Asegurado y que no viva en la misma casa del Asegurado.

Menaje de Casa: Para los efectos de esta Póliza, se refiere a los muebles, ropa, aparatos electrodomésticos y aparatos electrónicos como televisión y sonido.

Pasajero: Es la persona que hace uso del trasporte aéreo público y que cuenta con un Boleto para ello. Queda excluido de esta definición el personal que se encuentre de servicio en dicho transporte.

Pérdida Orgánica: Se entenderá como la pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro ya sea por la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o bien su anquilosamiento total. Por la pérdida de un ojo se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista del ojo que se pierde. La pérdida de manos y pies se entenderá como la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos. Si previo al momento del accidente que cause la pérdida orgánica el Asegurado ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta Póliza.

Prima Neta: Se define como prima neta a la cantidad a cargo del Contratante antes de impuestos, derechos o recargos que sean aplicables y que estén claramente especificados en la carátula de la Póliza. El importe correspondiente a la Prima Neta vendrá en todo caso especificado también en la Carátula de la Póliza.

Póliza o Certificado en Vigor: Se le considerará en vigor cuando el Asegurado haya realizado el pago total de la Póliza o certificado bajo las siguientes reglas:

a) En el caso de Pólizas emitidas cuya vigencia sea menor a trecientos sesenta y cinco (365) días, las Pólizas o certificados deberán de ser liquidados por el Asegurado al momento de la emisión.

b) Las Pólizas o certificados que sean emitidos con vigencia igual o mayor de trecientos sesenta y cinco días deberán de ser liquidados por el Asegurado por lo menos cuarenta y ocho (48) horas previas al inicio de vigencia de la Póliza.

Prima de Tarifa: Se define como prima de Tarifa a la cantidad a cargo del contratante antes del Impuesto al Valor Agregado.

Residencia Permanente: Es el lugar geográfico dentro de la República Mexicana, donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas.

Siniestro: Evento cuya realización origine el pago de una indemnización por parte de la Compañía bajo los términos de la presente Póliza.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.

Terrorismo: Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del Estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

Territorialidad: Esta Póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere por un viaje cuyo destino y/o tránsito sea a o por alguno de los países sancionados económicamente y/o comercialmente por las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de Norteamérica, en cuyo caso el pago de la cobertura, el beneficio o la reclamación será nulo y no tendrá efecto. De igual forma cualquier país que apoye y/o fomente actividades relacionadas con Lavado de Dinero y Terrorismo en cualquiera de sus formas quedará excluido de esta Póliza o certificado, siempre y cuando México tenga celebrado algún tratado internacional al respecto.

Transporte Público: Se refiere a cualquier transporte público autorizado de tipo aéreo, marítimo o terrestre con ruta establecida e itinerario fijo que expida boleto a nombre del pasajero. Se excluyen transportes no motorizados, motocicletas y similares.

Unidad de Terapia Intensiva: Sala de un Hospital o Sanatorio que funciona las veinticuatro (24) horas y que se destina a la atención de pacientes gravemente enfermos, mediante servicios médicos especiales y equipo no disponible en una sala común de recuperación, postoperatoria u otras salas de cuidados intensivos.

Urgencia Médica: Es toda situación derivada de una Enfermedad que requiere atención médica inmediata, provocada por la alteración repentina de la salud generada por agentes de origen interno que ponen en peligro la vida del Asegurado y/o el funcionamiento de alguno de sus órganos, por lo que su asistencia no puede ser demorada, y que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos y, por lo tanto, implica el cese de cualquier actividad o de la continuación del viaje.

Viaje: El trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que salga de su Residencia Permanente o lugar de origen, hacia su destino de Viaje, a permanencia en dicho destino o destinos y de regreso a su Residencia Permanente o lugar de origen, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por medio aéreo, marítimo o terrestre, siempre y cuando el destino final de su viaje se encuentre a por lo menos ciento cincuenta (150) kilómetros de distancia a partir de la Residencia Permanente o lugar de origen. El Asegurado deberá de contar con los comprobantes que demuestren el inicio y terminación del Viaje.

Viaje de Negocios: Se refiere al Viaje que realice el Asegurado pero considerando como punto de referencia el domicilio físico donde realiza su actividad laboral preponderante.

Vigencia de la Cobertura: La vigencia de la cobertura estará indicada en la carátula de la Póliza o certificado emitido por la Compañía y deberá de coincidir con el inicio y terminación del viaje del Asegurado. Para el caso de las coberturas relacionadas con Gastos Médicos, el periodo de beneficio iniciará a partir del comienzo del Viaje, teniendo como límite lo que ocurra primero:

a) La terminación de vigencia del seguro indicado en la carátula de la Póliza o certificado, o
b) Cuando se agote la suma asegurada contratada para estas coberturas, o
c) Cuando el Asegurado dentro de la vigencia del seguro recupere la salud o vigor vital respecto al Accidente o Enfermedad que lo haya afectado, o
d) Cuando el Asegurado regrese a su lugar de Residencia Habitual.

Vuelo: Un desplazamiento en el aire realizado en un solo trayecto continuo e ininterrumpido a bordo de una aeronave.

Cláusula Segunda. Coberturas de Seguro

1. Cobertura Básica

1.1 Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada 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 el Asegurado se encuentre de Viaje y la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

2. Coberturas Opcionales

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 y/o especificación de la Póliza o certificado emitido por la Compañía.

2.1 Muerte Accidental en Transporte Público

La Compañía pagará la Suma Asegurada 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 el Accidente ocurra mientras el Asegurado se encuentre de Viaje, como pasajero en un Transporte Público con boleto pagado expedido a su nombre e itinerario fijo, y que la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

La Compañía pagará la suma asegurada en caso de que el Asegurado viaje como pasajero registrado en una Aeronave, la cual sufra un accidente y a consecuencia de éste el Asegurado desaparezca y su cuerpo no fuese encontrado durante los siguientes seis (6) meses a partir de la fecha del accidente. Será necesario que transcurra dicho periodo, o bien, que la autoridad competente emita el acta de defunción correspondiente, y tener la confirmación de la Aerolínea donde asiente que el Asegurado se encontraba como pasajero registrado, para pagar la indemnización a los Beneficiarios que proceda.

2.2 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La Compañía reembolsará al Asegurado por los Gastos Médicos en que éste incurra, dentro de la vigencia de esta cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, cuando el Asegurado sufra un Accidente Cubierto al encontrarse de Viaje, siempre y cuando la primera atención y el primer gasto médico se realicen a más tardar cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que les dio origen.

El pago máximo de responsabilidad no excederá la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, misma que será especificada en el certificado o carátula de la Póliza o certificado emitido por la Compañía.

Se entenderá por Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que se incurra por o a cuenta del Asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente Cubierto, hasta el límite del beneficio contratado, que:

1. Por prescripción de un Médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los Gastos Usuales y Acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios o se proporcionan dichos materiales;
2. Sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado; y
3. Sean por los siguientes conceptos:

   a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del médico cirujano.
   b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
   c) El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y Unidad de terapia intensiva.
   d) El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
   e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sea reposición.
   f) El costo de Hospitalización, representado por el uso de Habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado (habitación privada estándar).
   g) El costo por utilización de una ambulancia terrestre y/o aérea en caso de Emergencia, cuando a juicio de un Médico sea necesaria su utilización. En este caso, la Compañía reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
   h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento. El costo por consultas médicas.
   i) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

2.3 Reembolso de Gastos Médicos por Urgencia Médica
La Compañía reembolsará al Asegurado por los Gastos Médicos Cubiertos en que éste incurra, dentro de la vigencia de esta cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, cuando el Asegurado tenga una Urgencia Médica al encontrarse de Viaje, siempre y cuando la primera atención y el primer gasto médico se realicen a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha en que se presente el primer signo de la enfermedad.

El pago máximo de responsabilidad no excederá la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, misma que será especificada en el certificado o carátula de la Póliza o certificado emitido por la Compañía.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en los que se incurra por o a cuenta del Asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de la Urgencia Médica, hasta el límite de suma asegurada contratada, que:

1. Por prescripción de un Médico, sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los Gastos Usuales y Acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios o se proporcionan dichos materiales;
2. Sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado; y
3. Sean por los siguientes conceptos:

   a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.
   b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
   c) El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y Unidad de terapia intensiva.
   d) El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
   e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sea reposición.
   f) El costo de Hospitalización, representado por el uso de Habitación estándar, así como de los alimentos prescritos por el médico y consumidos por el Asegurado.
   g) El costo por utilización de una ambulancia terrestre y/o aérea en caso de Emergencia, cuando a juicio de un Médico sea necesaria su utilización. En este caso, la Compañía reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
   h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento, siempre y cuando el Asegurado permanezca de Viaje.
   i) El costo por consultas médicas.
   j) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Investigación de la Aseguradora
En caso de que la Compañía requiera de más elementos a los entregados por el Asegurado para el reconocimiento de la procedencia del gasto médico realizado, la Compañía podrá realizar una investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación y procedencia, en su caso, del Siniestro. Para lo anterior:

- El Asegurado deberá autorizar por escrito a su Médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia Médico-Hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para el Asegurado y su Médico tratante.
- Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

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

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

2.4 Gastos Odontológicos de Emergencia
La Aseguradora reembolsará al Asegurado hasta por el límite indicado en la carátula de la Póliza o certificado, por los gastos de atención odontológica en que incurra, cuando se presente un caso de infección severa, o un trauma a consecuencia de un Accidente Cubierto, siempre que el Asegurado se encuentre de Viaje y la Póliza se encuentre vigente al momento del siniestro.

Este beneficio estará limitado únicamente al tratamiento paliativo para el dolor, extracción de pieza dental cuando sea necesario y cualquier tratamiento temporal que sea justificado por el Médico que lo trate para que pueda continuar su Viaje y regresar a su lugar de origen a recibir el tratamiento definitivo; adicionalmente, estará limitado a un evento por Viaje. No quedarán cubiertos los gastos derivados de implantes, prótesis y fundas, así como endodoncias.

Este beneficio opera como Límite Único y Combinado con la suma asegurada de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Gastos Médicos por Urgencia Médica, dependiendo de la naturaleza del evento, por lo que el gasto que se derive de esta cobertura disminuirá la suma asegurada de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Gastos Médicos por Urgencia Médica.

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

2.6 Pérdidas Orgánicas Escala “B” por Accidente
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 la tabla siguiente:

Escala B	
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano incluyendo el dedo pulgar o el índice	25%
La audición total e irreversible de ambos oidos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
5 cms de un miembro inferior	15%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura por Pérdidas Orgánicas, 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.

2.7 Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente en el Extranjero

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente cubierto ocurrido en el extranjero. Esta cobertura aplicará siempre y cuando transcurra por lo menos el periodo de Hospitalización que se especifique en la Carátula de la Póliza.

La indemnización se pagará a partir del día siguiente al periodo de Hospitalización citado en el párrafo anterior y mientras el Asegurado continúe hospitalizado, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio que se especifique en la Carátula de la Póliza.

En el caso de Hospitalizaciones Recurrentes a causa de un mismo Accidente, separadas por intervalos menores a un año y siempre que la Póliza o certificado se encuentre vigente y el Asegurado de viaje, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio estipulado en la Carátula de la Póliza.

2.8 Gastos Funerarios por Muerte Accidental

En caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia de un Accidente cubierto en el momento de ocurrir el siniestro o dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía reembolsará hasta por el monto que se encuentre señalado en la carátula de la Póliza o certificado, los importes por concepto de gastos funerarios, sin exceder el monto señalado como Suma Asegurada máxima para esta cobertura.

Para proceder al reembolso, los Beneficiarios deberán entregar a la Compañía los comprobantes originales de los gastos efectivamente erogados por concepto de servicios funerarios y que constan de:

a) Traslados en carroza dentro del territorio nacional
b) Honorarios por gestoría y trámite
c) Arreglo estético
d) Ataúd en sala de velación
e) Sala de velación
f) Servicios de inhumación o cremación incluyendo urna para éste último

2.9 Ayuda para Estabilización en caso de Enfermedades Preexistentes

En caso de que el Asegurado se encuentre de Viaje y presente durante la vigencia de la Póliza o certificado contratado una Urgencia Médica a consecuencia de una Enfermedad Preexistente no cubierta, la Compañía indemnizará a reembolso, los gastos médicos de la primera atención médica de estabilización hasta el importe de la suma asegurada contratada para esta cobertura e indicada en la Póliza o certificado.

El Asegurado deberá de presentar para el reembolso, el reporte e historial médico realizado en el lugar de la urgencia por un médico autorizado, así como presentar los comprobantes de gastos totales que haya implicado la Urgencia Médica, incluyendo medicamentos y estudios realizados.

2.10 Responsabilidad Civil en Viajes en el Extranjero
Esta cobertura sólo tendrá vigencia cuando el Asegurado se encuentre de Viaje fuera del territorio nacional.

La contratación de esta cobertura ampara, hasta el límite de Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, por aquellas cantidades que el Asegurado llegue a estar legalmente obligado a pagar, por reparación del daño, perjuicios y el daño moral consecuencial, que el Asegurado cause a terceros y por los que éste deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente, por hechos u omisiones no dolosos ocurridos durante el Viaje fuera del territorio nacional, que causen la muerte o menoscabo de la salud de dichos terceros, o el deterioro o la destrucción de los bienes propiedad de los mismos.

Adicionalmente, la Compañía pagará los gastos de defensa incurridos por el Asegurado con el consentimiento por escrito de la Compañía, derivados de cualquier reclamación y/o juicio presentado en contra del Asegurado directamente derivado de la responsabilidad civil en que incurra conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior.

En todos los casos, el límite máximo de responsabilidad de la Compañía no excederá de la suma asegurada indicada en la carátula de la Póliza o certificado emitido.

El pago de los gastos de defensa del Asegurado incluye limitativamente lo siguiente:

a) El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el Asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por este contrato de seguro. En consecuencia, no se consideran comprendidas dentro de las obligaciones que la Compañía asuma bajo este contrato, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.
b) El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el Asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
c) El pago de los gastos en que incurra el Asegurado, con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

Es indispensable que el Asegurado no realice ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía.

Si la Compañía lo considera necesario, ésta asumirá y conducirá la defensa o la presentación de cualquier reclamación y/o juicio interpuesto en contra del Asegurado con el propósito de apersonarse en dicho procedimiento.

El Asegurado coadyuvará con la Compañía en su defensa o en el seguimiento de cualquier reclamación y/o juicio, proporcionando oportunamente a la Compañía cualquier información y documentos que tenga disponibles para su defensa.

2.11 Cancelación de Viaje por Enfermedad, Accidente o Fallecimiento
La Compañía pagará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si previo a la fecha de salida de Viaje, el Asegurado y/o el Acompañante que vaya con él en el mismo viaje y con el mismo objetivo de negocio, que se encuentre debidamente registrado en la misma Póliza de Viaje del Asegurado y se encuentre registrado en el mismo Transporte Público que el Asegurado, se vea impedido, a juicio de un Médico, para realizar el viaje a consecuencia de alguna Urgencia Médica o Accidente que requiera hospitalización o a causa de fallecimiento. La Compañía también pagará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si previo a la fecha de salida de Viaje algún Familiar

Directo del Asegurado fallece, o bien, sufre una Urgencia Médica o accidente que, a juicio de un Médico, requiera hospitalización.

La indemnización corresponderá a los gastos de viaje contratados previamente al inicio del viaje y no reembolsables, debiendo el Asegurado comprobar tal situación mediante la factura pagada correspondiente que le hubiere sido expedida y documento comprobatorio de gastos no reembolsables expedido por el Prestador de Servicios correspondiente.

Los gastos de Viaje deberán haber sido contratados y pagados en su totalidad previo a la fecha programada de Viaje.

La indemnización que efectúe la Compañía por cancelación de Viaje, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La indemnización correspondiente a esta cobertura se pagará siempre y cuando:

a) La Póliza o certificado donde se encuentre registrado el Asegurado, y en su caso Acompañante, se encuentre vigente.
b) La Póliza o certificado haya sido pagada con al menos 48 hrs, con antelación al inicio del viaje.
c) El viaje haya sido contratado utilizando Transporte Público al inicio del viaje.
d) El costo reclamado se justifique mediante factura o comprobante que señale la política de cancelación.

Esta cobertura solo aplica previo al inicio del viaje del Asegurado.

2.12 Interrupción de Viaje
La Compañía pagará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado se ve obligado a interrumpir su Viaje antes de su finalización programada, a consecuencia de alguna Urgencia Médica, Accidente o fallecimiento sufrido por él mismo, por algún Familiar Directo y/o Acompañante que vaya con él en el mismo viaje y con el mismo objetivo de negocio.

El Asegurado deberá de dar aviso inmediato a la Compañía sobre la interrupción del viaje.

La indemnización corresponderá a los gastos de viaje contratados y pagados proporcionales no utilizados y no reembolsables por el Prestador de Servicios, debiendo el Asegurado comprobar tal situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida.

Un Médico deberá recomendar clínicamente la interrupción de su viaje, debido a la gravedad del Asegurado, Familiar Directo y/o Acompañante.

La indemnización que efectúe la Compañía por la interrupción de Viaje en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura aplica cuando ya haya iniciado el viaje del Asegurado y terminará cuando el Asegurado inicie el regreso programado a su Residencia Permanente bajo su itinerario establecido de manera original.

2.13 Demora de Viaje
La Compañía reembolsará al Asegurado teniendo como límite la suma asegurada, los gastos de primera necesidad por concepto de comida, alojamiento y transporte en caso de que su Viaje incurra en una demora mientras el Asegurado utilice un Transporte Público.

El reembolso se efectuará siempre y cuando:

a) La demora ocurra durante la vigencia de la cobertura.
b) La empresa del Transporte Público no solvente la totalidad de los gastos de primera necesidad.
c) El Asegurado se encuentre registrado y/o documentado durante el tiempo que indique el Transporte Público de acuerdo al itinerario que haya recibido.

   La demora sea mayor de seis (6) horas y sea originada por huelga, secuestro del vehículo, falla del vehículo, condiciones adversas en el clima, caso fortuito o fuerza mayor que afecte al vehículo marítimo, terrestre o aéreo en la cual el Asegurado se encuentre registrado para viajar.

d) El Transporte Público certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.

Para esta cobertura la Compañía pagará hasta un máximo de cinco (5) días o hasta agotar la Suma Asegurada.

Esta cobertura no tendrá efecto cuando la demora de viaje se deba a causas que se hayan hecho públicas o que se hayan hecho del conocimiento del Asegurado veinticuatro (24) horas previas a la salida de su viaje.

Esta cobertura aplicará mientras el Asegurado se encuentre a más de ciento cincuenta (150) kilómetros de su Residencia Permanente, viajando a través de un Transporte Público desde y hacia su Residencia Permanente.

2.14 Pérdida o Robo de Equipaje
La Compañía pagara al Asegurado hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de que su Equipaje registrado y en custodia ante el Transporte Público u Hotel sufra robo o extravío. La empresa de Transporte Público u Hotel deberán de expedir comprobante de custodia del Equipaje a nombre del Asegurado indicando número de piezas en resguardo.

No será considerado como robo o extravío la confiscación, expropiación o retención del Equipaje por orden de una autoridad pública o gobierno, sea cual fuere su causa.

La indemnización estará sujeta al valor de los artículos contenidos en las maletas, baúles o porta trajes registrados y en custodia, menos la deducción por el desgaste normal de dichos artículos, en cuyo caso se determinará la suma a indemnizar con base en la declaración de los objetos perdidos, especificando el valor y año de compra.

El pago de la indemnización no excederá de la suma asegurada máxima indicada en la Póliza o certificado para esta cobertura.

En caso de que se hubiese pagado una indemnización por Demora de Equipaje bajo las condiciones específicas indicadas en esta Póliza o certificado, el monto de dicha indemnización será descontado de la indemnización que corresponda a esta cobertura.

La indemnización por robo o extravío de equipaje será procedente siempre y cuando:

a) El robo o extravío ocurra durante la vigencia de la Póliza o certificado, y
b) La empresa en custodia del Equipaje haga constar por escrito el robo o extravío, indicando las piezas afectadas.

   Para esto, el Asegurado deberá de seguir los procedimientos de reclamo indicados por la empresa en custodia hasta obtener la declaración por escrito antes indicada.

2.15 Demora de Equipaje
La Compañía reembolsará al Asegurado la cantidad que haya gastado en comprar artículos de primera necesidad, limitados a artículos de aseo, vestimenta básica, y medicamentos prescritos que sean necesarios para pasar la noche sin su equipaje, sin exceder de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, siempre que la entrega del Equipaje registrado que contenga los artículos de primera necesidad del Asegurado se retrase más de seis (6) horas contadas a partir del momento en que el Asegurado arribe al destino de su Viaje señalado en el boleto correspondiente.

Esta cobertura solo aplica cuando el Equipaje se encuentre en custodia de una Aerolínea y no aplicará una vez que el Asegurado arribe a su Residencia Permanente.

Si posteriormente se determina que el Equipaje fue extraviado o robado, cualquier indemnización efectuada por concepto de esta cobertura será reducida de la indemnización correspondiente a la cobertura de Pérdida o Robo de Equipaje contratada.

La Compañía Indemnizará al Asegurado hasta que su Equipaje llegue o hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura sin importar el número, cantidad o volumen de Equipaje.

Para hacer efectivo el pago para este beneficio es necesario se presente lo siguiente:

a) Que el Equipaje se haya retrasado durante su transporte por la Aerolínea en viaje regular.
b) Que el Equipaje fuese registrado por el Asegurado en el mismo vuelo en el que él mismo viajaba.
c) Que el Equipaje haya sido reportado como retrasado ante la Aerolínea responsable.
d) Que el Asegurado no haya recibido un aviso preventivo por parte de la Aerolínea de posible demora de Equipaje al momento de documentarse, como consecuencia de Condiciones Controladas que pudieran causar dicha demora.

Para hacer la reclamación será necesario que el Asegurado presente los documentos originales de las facturas o notas de compra correspondientes, las cuales deberán tener desglosados los artículos de primera necesidad comprados, así como el documento expedido por la Aerolínea que ampare la demora del Equipaje registrado.

2.16 Robo de Menaje de Casa con Violencia durante el Viaje
Si el Asegurado mientras se encuentre de viaje cubierto en esta Póliza o certificado, sufre un robo con violencia al interior de su Residencia Permanente mientras se encuentre sin habitantes, la Compañía le indemnizará, hasta el límite de Suma Asegurado contratada y descrita en la carátula de la Póliza o certificado, la pérdida de los contenidos propios de la Casa Habitación donde el Asegurado tiene su Residencia Permanente, afectados por dicho evento, de acuerdo con los siguientes sucesos:

- Robo mediante el uso de violencia física del exterior al interior del inmueble, en el cual existan huellas o rastros visibles de dicho evento.
- Daños materiales al Inmueble a consecuencia del uso de violencia utilizada en el robo perpetuado.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para esta cobertura se establece en la carátula de la Póliza y opera como suma asegurada única.

Deducible
Esta cobertura opera con un deducible, el cual se establece en la carátula de la Póliza.

Cláusula Tercera. Exclusiones Aplicables a las Coberturas de Seguro

Para las coberturas mencionadas en este seguro no se amparan accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:

1. **Aviación privada en calidad de tripulante, piloto, mecánico en vuelo o pasajero, en taxis aéreos y/o aeronaves que no pertenezcan a aerolíneas.**
2. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, a menos que viajare como pasajero en una aerolínea.**
3. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
4. **Miembro de la tripulación de cualquier aeronave (servicio comercial y privado).**
5. **Como conductor o pasajero de motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos y terrestres.**
6. **La práctica tanto en capacitación, entrenamiento o competencia, ya sea en carácter profesional, amateur o recreativo de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, entre otros: motociclismo, automovilismo, boxeo, rugby, polo, moto de nieve, sky en agua, arena o cualquiera de sus formas, cuadriciclos, vehículos todo terreno, skate, parapente, paracaidismo, planeadores, aviación deportiva, tauromaquia, espeleología, aladeltismo, escalamiento de montañas, motocross, espeleología, trekking, rafting, hockey en cualquiera de sus formas, patinaje artístico sobre hielo o sobre pista, equitación en salto o carreras, artes marciales de cualquier tipo.**

Para las siguientes coberturas mencionadas en este seguro no se ampara lo siguiente:

Para la cobertura de muerte accidental y muerte accidental en transporte público no se considerara fallecimiento accidental cuando ocurra a causa de:

1. **Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
2. **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
3. **Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
4. **Servicio militar, actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección.**
5. **Suicidio o lesiones auto inflingidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Accidentes originados o causados 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).**
8. **Accidentes derivados de riña provocada por el Asegurado y actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**

Para la cobertura de gastos médicos por accidente y/o gastos médicos por urgencia médica:

1. **Accidentes leves o enfermedades agudas consideradas de tipo banal como es la faringitis, laringitis, amigdalitis, tos viral, resfriado común, catarro, dolor de cabeza, dolor de cuello u oído, dolor estomacal, alteraciones intestinales menores que causen mayor frecuencia y fluidez de deposiciones, gastritis, agruras, fracturas sin secuelas, dolor muscular, reumas,**

diagnósticos y tratamientos de acné o cualquier malestar o lesiones que no requieran de una intervención médica de emergencia.

2. **Tratamiento psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un accidente cubierto.**
3. **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.**
4. **Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un accidente cubierto.**
5. **Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad haya causado el deterioro de la visión o de la audición.**
6. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.**
7. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
8. **Enfermedades que son transmitidas sexualmente.**
9. **Curas de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.**
10. **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el complejo sintomático relacionado con el sida (crs), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus vih+.**
11. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.**
12. **Enfermedades congénitas.**
13. **Enfermedades preexistentes.**
14. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
15. **Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.**
16. **Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.**
17. **Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.**
18. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas a consecuencia de un accidente cubierto.**

Para la cobertura de indemnzación diaria por hospitalización por accidente en el extranjero:

Además de las exclusiones por accidente mencionadas en esta cláusula, no procederá esta cobertura:

1. **Cuando la hospitalización no sea a consecuencia de un accidente.**
2. **Cuando el diagnóstico sea realizado por un familiar o miembro cercano al Asegurado sin importar que sea médico de profesión.**

Para la cobertura de responsabilidad civil de viaje en el extranjero:

1. **Hechos originados u ocurridos en el territorio nacional.**
2. **Responsabilidades ajenas, en las que el Asegurado, por convenio o contrato, se comprometa a la sustitución del obligado original, para reparar o indemnizar eventuales y futuros daños a terceros en sus personas o en sus propiedades.**
3. **Responsabilidades profesionales y/o daños ocasionados a terceros por los productos fabricados, entregados o suministrados por el Asegurado, o bien, por los trabajos ejecutados.**

4. **Responsabilidades y/o daños originados por contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelo, subsuelo o bien por ruidos.**
5. **Responsabilidades y/o daños ocasionados a bienes propiedad de terceros que:**
   a) **Estén en posesión del Asegurado por depósito, custodia o por disposición de autoridad.**
   b) **Estén en poder del Asegurado en arrendamiento, subarriendo o comodato.**
6. **Responsabilidades y/o daños ocasionados por reacción nuclear o contaminación radioactiva.**
7. **Responsabilidades y/o daños causados con motivo de obras, construcciones, ampliaciones o demoliciones.**
8. **Responsabilidades como consecuencia de extravío de bienes o robo.**
9. **Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos de motor.**
10. **Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente o con complicidad y/o participación del Asegurado o sus representantes o empleados.**
11. **Responsabilidades imputables al Asegurado, de acuerdo con la ley federal del trabajo, la ley del seguro social, cualquier disposición complementaria de dichas leyes y leyes, reglamentos, normas laborales o cualquier ley relacionada, incluyendo cualquier daño a empleados, dependientes, factores o representantes del Asegurado.**
12. **Responsabilidad civil y profesional por las acciones u omisiones propias en el ejercicio de la profesión u oficio del Asegurado.**
13. **Culpa grave o negligencia inexcusable de la víctima.**
14. **Garantía de los productos que el Asegurado comercialice, incluyendo daños genéticos a personas o animales.**
15. **Pérdidas, daños, destrucción, distorsión, borrado, corrupción o alteración de información electrónica causados por un virus de computadora o la falla de una red externa o la pérdida de uso, reducción en la funcionalidad, costos o gasto de cualquier naturaleza resultante de ellos, sin tener en cuenta cualquier otra causa o evento contribuyente, concurrente o en cualquier secuencia de la pérdida.**
16. **Cualquier reclamación que sea resultado del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) o cualquier condición relacionada con el sida, o enfermedad de transmisión sexual sufrida por el Asegurado.**
17. **Multas, penas y perjuicios.**
18. **La obligación del Asegurado bajo leyes laborales, incluyendo beneficios de incapacidad. Responsabilidad del Asegurado como patrón. Lesiones físicas a un empleado del Asegurado.**
19. **Por la responsabilidad civil vial que cause el Asegurado como consecuencia de un accidente derivado de la manipulación de un vehículo de motor, con o sin placas, de su propiedad, rentado o en calidad de préstamo.**

Para la cobertura de cancelación, interrupción o demora de viaje:

1. **La Compañía no pagará indemnización cuando la cancelación o interrupción de viaje que resulte de cualquier tratamiento medico o quirurgico programado con anticipación al viaje.**
2. **Los gastos cubiertos pagados con programas de afinidad o lealtad de cualquier tipo que se traduzcan en puntos, premios, millas, kilometros o similares.**
3. **Los gastos que se hayan realizado posterior a la fecha de inicio del viaje.**

4. **Cuando el retraso obedezca al retiro de un avion de la aerolinea por recomendación de la autoridad aeronautica o cualquier organismo similar por cuestiones técnicas o de seguridad de los pasajeros.**

Para la cobertura de pérdida o robo de equipaje:

1. **Pérdidas o robos parciales de cualquier tipo.**
2. **Esta Póliza no ampara las pérdidas totales o parciales que resulten de:**
   a) **Expropiación por cualquier gobierno o aduanas, la ruptura de cualquier tipo de cámara, materiales e instrumentos de trabajo musicales, radios y bienes similares, objetos de arte y de dificil reposición, joyas, equipo electrónico, equipaje no registrado en el transporte público y equipaje confiscado o destruido por aduanas o agencia del gobierno.**

Para la cobertura de robo de menaje de casa con violencia durante el viaje:

1. **El robo con violencia cometido por personas por las cuales el Asegurado fuere civilmente responsable, personas con las que el Asegurado tuviera alguna relación laboral; personas que desarrollen alguna función a favor del Asegurado, por cualquier Beneficiario o causahabiente del Asegurado o por los apoderados de cualquiera de ellos.**
2. **Abuso de confianza.**
3. **Robo sin violencia física demostrada del interior al exterior del inmueble.**
4. **Actos intencionales o negligencia manifiesta del Asegurado o de las personas que vivan en el mismo inmueble que éste.**

Cláusula Cuarta. Servicios de Asistencia en Viaje

Los Servicios de Asistencia en Viaje tendrán efecto siempre que el Asegurado se ponga en contacto inmediato con la Compañía previo a realizar un trámite o gasto a través de los medios de contacto telefónico o electrónico (email) que se encuentren disponibles y le sean comunicados al Asegurado al momento de recibir su Póliza o Certificado. No aplica procedimiento de reembolso en caso de que el Asegurado por su cuenta realice cualquiera de los Servicios de Asistencia en Viaje aquí descritos.

Los Servicios de Asistencia en Viaje y límites de responsabilidad estarán listados en la carátula de la Póliza o certificado emitido por la Compañía, podrán consistir en:

Asistencia Médica Mundial

Cuando el Asegurado tenga un Accidente o enfermedad, la Compañía prestará la primera atención médica telefónica y realizará un primer dictamen médico para determina la urgencia del caso.

Cuando se trate de un Accidente cubierto u Urgencia Médica y el Asegurado se ponga en contacto inmediatamente con la Compañía, ésta se encargará de:

a) Coordinar el traslado del Asegurado al centro de salud más cercano cuando a juicio de un médico autorizado sea necesario, o porque la urgencia ponga en riesgo la integridad o vida del Asegurado.
b) Coordinar el ingreso del Asegurado al centro de salud y en caso de ser posible y el padecimiento se encuentre cubierto, otorgar la garantía financiera necesaria, hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Urgencia Médica, para la atención del Asegurado.

c) Dar seguimiento a la evolución de salud del Asegurado.
d) Dar seguimiento a los tratamientos, exámenes y procedimientos que sean practicados en sitio por el médico tratante sin responsabilidad médica o de cualquier tipo para la Compañía.

Estos servicios serán proporcionados por la Compañía siempre que se encuentren disponibles en el lugar donde el Asegurado sufra el Accidente o presente la Urgencia Médica y éste se encuentre en tierra firme. En caso de que no existan centros de salud adecuados en el lugar donde se encuentre el Asegurado, a consideración de la Compañía, se coordinará el traslado del Asegurado al centro de salud próximo que cuente con los servicios necesarios de atención médica.

Cuando el Asegurado presente un Accidente o enfermedad no cubierta, la Compañía proporcionará los siguientes servicios cuyo costo estará a cargo del Asegurado:

a) Primera atención telefónica para orientar al Asegurado respecto al posible procedimiento que pudiera seguir.
b) Referencia de médicos, centros de salud y servicios relacionados con la atención médica que se encuentren cercanos y disponibles en el lugar donde se encuentre el Asegurado.
c) Coordinación de consultas médicas y/o envío de un médico a domicilio a petición del Asegurado.

En ambos casos, la Asistencia Médica Mundial estará disponible las 24 hrs, los 365 días del año en el territorio nacional y/o internacional, dependiendo del alcance del seguro.

Traslados Médicos de Emergencia y Repatriación Sanitaria

En caso de que el Asegurado presente un Accidente o Urgencia Médica cubierta, siempre y cuando a juicio de un médico sea necesario el traslado médico de emergencia, la Compañía efectuará la coordinación necesaria mediante el uso de ambulancia terrestre o aérea, según sea necesario, al centro de salud más cercano y apropiado para su atención médica inmediata.

Cuando por recomendación médica el Asegurado no pueda continuar con su Viaje programado, la Compañía coordinará la repatriación sanitaria mediante el transporte más adecuado según la condición del Asegurado, a cualquiera de los siguientes destinos:

a) Su lugar de Residencia Permanente en México,
b) El lugar de origen del inicio del viaje,
c) Una ubicación seleccionada por el Asegurado en México.
d) Un centro de salud cerca de la Residencia Permanente del Asegurado siempre que éste lo acepte como paciente y sea aprobado por la Compañía como medicamente apropiado para atender la condición de salud del Asegurado.

La repatriación médica se realizará en el medio de transporte más adecuado que determine la Compañía, por lo que solo procederá cuando el Asegurado se ponga en contacto con la Compañía previo a realizar dicho traslado.

La responsabilidad máxima de la Compañía estará limitada por viaje a un traslado al centro de salud más apropiado para la atención médica cubierta, y una repatriación sanitaria al destino que el Asegurado elija con tope de la suma asegurada indicada en la carátula de la Póliza o certificado emitido.

Gastos de Hotel por Convalecencia

Cuando el Asegurado haya sido dado de alta después de haber permanecido hospitalizado por más de tres (3) días a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica cubierta, y a recomendación del médico y con autorización del equipo médico de la Compañía el Asegurado deba de prolongar su estancia respecto a la fecha de terminación del Viaje programada, la Compañía cubrirá los gastos de hotel necesario para que el Asegurado permanezca convaleciente por prescripción médica.

La responsabilidad máxima de la Compañía no rebasará los días indicados en la carátula de la Póliza o certificado ni la suma asegurada contratada para este beneficio.

Adicionalmente, cuando su recuperación exceda de la fecha de regreso a su Residencia Permanente según el itinerario original del Asegurado, y se vea imposibilitado de utilizar el boleto original de la Aerolínea, la Compañía gestionará y cubrirá el costo de un boleto de avión sencillo en clase económica para que el Asegurado pueda regresar a su Residencia Permanente.

Regreso Anticipado por Interrupción de Viaje

En caso de que el Asegurado tenga que regresar a su Residencia Permanente a consecuencia de las causas cubiertas en la Cobertura de “Interrupción de Viaje”, la Compañía coordinará su transportación de regreso y cubrirá el costo de un boleto sencillo de avión en clase económica o del medio de transporte que la Compañía considere conveniente cuando no exista medio aéreo para utilizar.

Este beneficio se amplía para el caso de que el Asegurado, encontrándose de Viaje, tenga que regresar a su Residencia Permanente por haber sufrido un evento grave en su domicilio como incendio, robo con daño y violencia, explosión y/o inundación, siempre que no exista familiar directo que se haga cargo de la situación y que su pasaje aéreo no permita cambios gratuitos de fecha. El costo de boleto será sencillo y en clase económica.

Traslado y Hospedaje de un Familiar Directo en caso de Accidente o Urgencia Médica

En caso de hospitalización del Asegurado a causa de un Accidente o Urgencia Médica cubierta, cuya recuperación se prevea mayor a cinco (5) días naturales, la Compañía gestionará y cubrirá el costo de un boleto de avión viaje redondo en clase económica, o su equivalente cuando la transportación se realice en otro medio de transporte a consideración de la Compañía, para un Familiar Directo mayor a 18 años, a fin de que éste lo acompañe durante su convalecencia en el centro de salud.

De igual forma, la Compañía gestionará y cubrirá los gastos de hospedaje para el Familiar Directo en el Hotel más cercano y adecuado al monto y días cubiertos por este beneficio, los cuales estarán indicados en la carátula de la Póliza o certificado emitido.

Los gastos de alimentación y cualquier adicional que efectúe el Familiar Directo en el Hotel proporcionado u otro establecimiento, quedarán a cargo del mismo.

Envío de Medicamentos No Existentes

Si el Asegurado viaja con medicamentos prescritos por alguna enfermedad que se haya presentado previo al Viaje y estos se agotan o extravían durante el mismo, si en el país donde se encuentre no llegasen a existir y el envío fuese permitido, la Compañía coordinará y pagará una guía de envío desde el lugar de Residencia Permanente hasta el lugar en que se encuentre el Asegurado, hasta por el límite indicado en la carátula de la Póliza.
Será necesario que el Asegurado envíe a la Compañía la receta de su médico tratante indicando el medicamento recetado, su administración y el padecimiento que atiende, así como el costo del medicamento.

Traslado de un Ejecutivo en caso de Emergencia

En caso de que el Asegurado sufra una enfermedad o accidente cubierto y su hospitalización requiera de más de cinco (5) días de hospitalización, la Compañía gestionará el traslado de un ejecutivo de reemplazo hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado. El traslado estará limitado al pago del boleto de avión en viaje redondo y clase económica, y el ejecutivo de reemplazo deberá de contar con una Póliza de seguro de viaje contratada con la Compañía desde el momento del viaje hasta la fecha de término de vigencia de la Póliza del Asegurado.

El servicio estará limitado a un evento por viaje.

Para que este servicio de asistencia proceda, invariablemente la Póliza deberá de ser contratada por la Compañía para la que trabajan los Asegurados y estos se acreditarán con identificación oficial de la misma.

Repatriación de Restos Mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica cubierta presentada durante la vigencia de la Póliza o certificado emitido, la Compañía efectuará los trámites correspondientes y llevará a cabo el traslado de restos mortales hasta el aeropuerto más cercano al Lugar de Residencia que en vida tuviera el Asegurado.

La asistencia se otorgará:

1. Cuando el cuerpo se encuentre liberado en la ciudad o país donde esté ubicado y no permanezca detenido por ningún gobierno local, federal o alguna institución gubernamental competente.
2. Cuando el cuerpo cuente con la documentación legal y la información requerida para poder gestionar el servicio de asistencia.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía estará indicado en la carátula de la Póliza o certificado emitido y cubrirá:

a) Recolección del cuerpo
b) Trámites para la salida del país
c) Preparación del cuerpo, embalsamiento y tanatopraxia
d) Féretro hermético básico para la repatriación
e) Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo
f) Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo
g) Transporte aéreo del cuerpo desde la ciudad de origen hasta la ciudad donde el Asegurado tenía su Lugar de Residencia
h) En caso de que las autoridades locales de la ciudad o país donde ocurra el deceso del Asegurado requieran de la presencia de un Familiar Directo o Representante Legal y el Asegurado haya viajado sin acompañante, se cubrirá el costo de un boleto redondo de avión en clase económica desde el Lugar de Residencia del Familiar Directo o Representante Legal hasta el lugar donde permanezca el cuerpo del Asegurado.

Transferencia de Fondos de Emergencia

Cuando el Asegurado presente una emergencia relacionada con cualquiera de las coberturas de seguro incluidas en su Póliza o certificado emitido, podrá solicitar a la Compañía la transferencia de fondos hasta por el equivalente a USD$5,000 (cinco mil dólares americanos). Dichos fondos deberán de ser depositados a la Compañía por un Familiar Directo más los cargos por comisiones generados por dicha transferencia.

El Familiar Directo deberá de ponerse en contacto con la Compañía previo al depósito para que ésta le indique los requisitos de identificación del Familiar, la cuenta bancaria, la moneda de depósito y gastos que la operación generará la transacción. Esta operación estará sujeta sin excepción a una sola transacción por vigencia de la Póliza o certificado emitido.

Asistencia Legal

En caso de que el Asegurado requiera la asistencia de un abogado por el inicio de un proceso civil o penal no relacionado con actos dolosos o de mala fe, ni con accidentes vehiculares, o actividades laborales o profesionales, la Compañía pondrá en contacto al Asegurado con un abogado disponible en el lugar que lo requiera. Los costos derivados de este beneficio correrán a cargo del Asegurado salvo los cubiertos y que se indican en la Cobertura de Seguro **Responsabilidad Civil en el Extranjero.**

Los abogados que prestan los servicios para la Compañía son contratistas independientes que cuentan con la titulación y competencias adecuadas al lugar donde se requieran; por tal razón, la Compañía no será responsable por las deficiencias o resultados en que incurran dichos contratistas.

Trasmisión de Mensajes Urgentes

Cuando el Asegurado sufra de un Accidente o Urgencia Médica, a petición del Asegurado la Compañía dará aviso a su familia y/o a su médico habitual siempre que el Asegurado proporcione los datos de contacto telefónicos para poder realizar la comunicación. El aviso se limitará a proporcionar el aviso de accidente o enfermedad, el lugar donde se encuentra hospitalizado y los teléfonos de contacto del centro de salud donde se encuentre hospitalizado el Asegurado.

Asistencia Psicológica

En caso de que el Asegurado requiera de asistencia psicológica a consecuencia de haber sufrido un Accidente, un estado depresivo leve o a consecuencia de problemas de adicción en grado no avanzado, la Compañía proveerá asistencia vía telefónica en idioma español. Para recibir este beneficio, el Asegurado deberá de comunicarse al teléfono de atención proporcionado por la Compañía, de lunes a viernes en un horario de 9:00 am a 6:00 pm (hora de la Ciudad de México). Las llamadas serán ilimitadas durante la vigencia del seguro pero estarán limitadas en tiempo a 15 minutos máximo de duración por llamada.

La Compañía no emitirá ningún diagnóstico clínico ni tampoco se medicará al Asegurado bajo ninguna circunstancia. En caso que así lo considere, la Compañía recomendará al Asegurado consultar a un profesional de manera personal y podrá otorgar referencias de médicos a costos preferenciales.

Asistencia en Caso de Siniestro Grave en Domicilio del Asegurado

En caso de que el Asegurado se encuentre de viaje durante la vigencia de la Póliza o certificado emitido, y se presente en su domicilio un siniestro grave provocado por incendio, inundación, explosión o robo con daños y violencia, y no haya ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación, la Compañía gestionará un boleto de avión sencillo en clase económica siempre que su boleto original no permita efectuar cambio de fecha sin costo para el Asegurado. El Asegurado deberá de comunicar esta situación a la Compañía previo al regreso anticipado por siniestro para que proceda este beneficio.

Servicios de Concierge y Asistencia en Viajes

La Compañía otorgará los siguientes servicios de concierge con costo para el Asegurado:

1. Recomendaciones y reservaciones de vuelos, hoteles, excursiones, paseos y tours.
2. Reservas y arreglos para alquilar vehículos, incluyendo automóviles de lujo, helicópteros y yates.
3. Recomendaciones y reservas para asistir a teatros, ópera, ballet, conciertos, museos, eventos culturales y deportivos.
4. Recomendaciones y reservas para restaurantes.
5. Información y reserva para disfrutar de la vida nocturna.
6. Excursiones y visitas a lugares de interés.
7. Recomendaciones, horarios y reservas de canchas de tenis, campos de golf, gimnasios y clubes deportivos.
8. Información sobre deportes especiales.
9. Información sobre reglas de etiqueta y protocolo del país donde viaje.

10. Información sobre servicios de niñeras y guarderías de menores
11. Sugerencias y gestión para el envío de regalos por ocasiones especiales y celebraciones.
12. Información sobre lugares para realizar compras.
13. Sistema de marcación telefónica y celular

La Compañía asesorará al Asegurado en los procedimientos a seguir cuando se presente las siguientes situaciones:

a) Pérdida o robo de equipaje
b) Pérdida o robo de documentos de identidad migratoria, transportación o bancarios
c) Pérdida de vuelo o conexión

Cláusula Quinta. Exclusiones para los Servicos de Asistencia

1. **Las reclamaciones o reembolsos que no hayan sido notificadas a la Compañía previamente a que el gasto haya sido efectuado.**
2. **Cualquier evento que sea excluido de manera general o específica para las coberturas de seguro contratadas por el Asegurado.**
3. **Los eventos donde el Asegurado proporcione información incompleta o inexacta con la finalidad de hacer incurrir en un error a la Compañía.**
4. **Hechos dolosos provocados por familiares directos del Asegurado.**

Cláusula Sexta. Edad

Se considera como edad, la edad alcanzada del Asegurado, consistente en el número de años cumplidos en la fecha de contratación del seguro y las subsecuentes contrataciones.

Las edades de aceptación para el presente seguro serán de mínimo dieciocho (18) años de edad y máximo de sesenta y nueve (69) años de edad. La edad máxima de renovación será la que se especifique en la Carátula de la Póliza. La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que éste cumpla la edad máxima de renovación.

La edad del Asegurado asentada en esta Póliza debe comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía quien lo anotará en la Póliza o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier Beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía 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 Compañía pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato en la fecha de su rescisión. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

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 Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiarios lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso 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 Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta 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 la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Cláusula Séptima. Procedimiento en Caso de Siniestro

Aviso

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

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, los gastos incurridos y el objeto del viaje Asegurado.

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

Documentos para la Comprobación del Siniestro

Para la comprobación del siniestro, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

En todos los casos, deberá de comprobarse el itinerario del viaje para el que se contrató la Póliza. Esta comprobación será únicamente con recibos en original del Transporte Público o cualquier documento que demuestre fehacientemente que el Asegurado emprendió el viaje.

Los requisitos señalados a continuación son los mínimos necesarios para cada cobertura y la Compañía se reserva la solicitud de cualquier documentación o elemento de prueba que ayude a sustentar los hechos que originan la reclamación.

Indemnización por Muerte Accidental

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.
3. Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma de cada uno de los Beneficiarios (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
4. Si el Beneficiario es el cónyuge, adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio. Si se trata del concubinario presentar Constancia de Concubinato ante un Juez de lo Familiar.
5. Comprobante de Itinerario de viaje, incluyendo comprobante de Transporte Publico utilizado.
6. Copia completa de las Actuaciones del Ministerio Público.

Indemnización por Muerte Accidental en Transporte Público

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.
3. Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma de cada uno de los Beneficiarios (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
4. Si el Beneficiario es el cónyuge, adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio. Si se trata del concubinario presentar Constancia de Concubinato ante un Juez de lo Familiar.
5. Comprobante de Itinerario de viaje, incluyendo comprobante de Transporte Publico utilizado.
6. Copia del boleto comprobando el viaje realizado en el Transporte Público donde ocurra el fallecimiento, en caso de contar con él.
7. Copia completa de las Actuaciones del Ministerio Público.

Reembolso por Gastos Médicos por Accidente y/o Gastos Médicos por Urgencia Médica / Gastos Odontológicos de Emergencia / Ayuda para la Estabilización en caso de Enfermedades Preexistentes

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Aviso de Accidente o Enfermedad (Formato llenado por el Asegurado afectado).
4. Formato de Informe médico y/o Historial Clínico.
5. Copia de interpretación de estudios realizados.
6. Facturas de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento.
7. Comprobante de Itinerario de viaje, incluyendo comprobante de Transporte Publico utilizado.

Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.
3. Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma de cada uno de los Beneficiarios (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
4. Si el Beneficiario es el cónyuge, adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio. Si se trata del concubinario presentar Constancia de Concubinato ante un Juez de lo Familiar.
5. Comprobante de Itinerario de viaje, incluyendo comprobante de Transporte Publico utilizado.
6. Copia completa de las Actuaciones del Ministerio Público.
7. Comprobante de gastos funerarios erogados.

Indemnización por Responsabilidad Civil Viajero en el Extranjero

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Carta reclamación del Asegurado dirigida a Chubb Seguros México, S.A. que incluya la relación de los bienes dañados, valorizados y firmada por el Asegurado.
3. Carta reclamación del tercero afectado dirigida al Asegurado, que incluya la relación de los bienes dañados, valorizados y firmada por el afectado.
4. Cotización de los bienes dañados y/o facturas de bienes reparados / reemplazados.
5. Fotografías de los bienes dañados y/o reemplazados.

Reembolso por Cancelación de Viaje

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Informe Médico de Asegurado, Familiar Directo o Acompañante, éste debe contener el diagnóstico, fecha de inicio del padecimiento, tratamiento y recomendaciones médicas.

4. Copia del documento que acredite la compra del paquete y/o el desglose de los servicios adquiridos previo al inicio del viaje a nombre del Asegurado.
5. Comprobante de cargos no Reembolsados, documento emitido por los prestadores de servicios donde se desglose el concepto y el monto de la penalización.
6. Copia del acta de nacimiento o matrimonio, para acreditar el parentesco con el familiar por el cual se canceló el viaje (de ser el caso).

Reembolso por Interrupción de Viaje

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Informe Médico de Asegurado, Familiar Directo o Acompañante, éste debe contener el diagnóstico, fecha de inicio del padecimiento, tratamiento y recomendaciones médicas.
4. Copia del documento que acredite la compra del paquete y/o el desglose de los servicios adquiridos previo al inicio del viaje a nombre del Asegurado.
5. Comprobante de cargos no Reembolsados, documento emitido por los prestadores de servicios donde se desglose el concepto y el monto de la penalización.
6. Copia del acta de nacimiento o matrimonio, para acreditar el parentesco con el familiar por el cual se canceló el viaje (de ser el caso).

Reembolso por Demora de Viaje

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Carta expedida por el Transporte Público en donde especifique las causas que originaron la demora del viaje y duración de la misma.
4. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado, originados por concepto de comida, alojamiento y transporte derivados de la demora del viaje.

Indemnización por Pérdida o Robo de Equipaje

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Copia de los boletos, pases de abordar y ticket de Equipaje a nombre del Asegurado.
4. Reporte de Incidencias, levantado con el Transporte Público por la pérdida del Equipaje.
5. Carta expedida por el Transporte Público en donde confirme la pérdida de su Equipaje
6. Inventario de artículos personales dentro del Equipaje perdido o robado, incluyendo descripción, fecha y valor de compra.

Indemnización por Demora de Equipaje

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
3. Copia de los boletos, pases de abordar y ticket de Equipaje a nombre del Asegurado.
4. Reporte de Incidencias, levantado con el Transporte Público por la demora de su equipaje.
5. Carta expedida por el Transporte Público donde indique las causas de la demora, así como la fecha y hora de entrega del Equipaje al usuario.
6. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado originados por la demora de Equipaje.

Indemnización por Robo de Menaje de Casa con Violencia durante el Viaje

1. Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado afectado (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar).
3. Copia del Itinerario de viaje.
4. Acta ante el ministerio público donde se detallen los hechos y se desglosen los bienes que representan el Menaje de Casa robado.
5. Relación de Menaje de Casa robado, indicando su descripción, fecha y lugar de compra, y valor de nuevo.
6. Presentar facturas a nombre del Asegurado o fotografías que acrediten la existencia del Menaje de Casa robado.

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 01 800 223 2001.

Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro 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.

Deducciones

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

Cláusula Octava. 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 periodo de gracia salvo en Pólizas de corto plazo, menores a un año, en que las primas deberán de estar pagadas previo al inicio de vigencia de la Póliza.
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.

Cláusula Novena. Terminación Anticipada

No obstante el término de vigencia de esta Póliza, este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en los términos siguientes:

Si el Asegurado desea darlo por terminado, deberá dar aviso por escrito a la Compañía. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el día y hora en que se presente por escrito el aviso a la Compañía. La Compañía tendrá derecho a retener la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la Póliza hubiere estado en vigor de acuerdo a la siguiente tabla:

Para seguros con cobertura menor a 365 días	
Previo al inicio de la vigencia de la Póliza (menos de 48 hrs.)	20% de la prima neta
Dentro de las 48 hrs a partir del inicio de vigencia la Póliza	35% de la prima neta
Posterior a 48 hrs del inicio de la vigencia de la Póliza	100% de la prima

Para seguros con cobertura de 365 días (un año calendario)	
Dentro de las 48 hrs. previas al inicio de vigencia de la Póliza	20% de la prima neta
Dentro de las 48 hrs a partir del inicio de vigencia la Póliza	35% de la prima neta
Hasta tres meses de vigencia devengada	40% de la prima neta
Hasta seis meses de vigencia devengada	70% de la prima neta
Hasta nueve meses de vigencia devengada	90% de la prima neta
Más de nueve meses de vigencia devengada	100% de la prima neta

En caso de que la Compañía requiera dar por terminado anticipadamente este contrato, deberá notificar por escrito al Asegurado, enviando un aviso por correo certificado con cuando menos siete días naturales de anticipación a la fecha en que se deseé su terminación, debiendo además devolver la parte de la prima no devengada correspondiente según corresponda a la tabla anterior.

Cláusula Décima. Límite Territorial y Residencia

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas para cubrir el siniestro que ocurra dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y/o el extranjero, según se estipule en la Carátula y/o Especificación del certificado o la Póliza por lo que solo serán cubiertos los riesgos que inicien dentro del territorio nacional y durante el viaje dentro de territorio nacional o el extranjero con terminación dentro del territorio nacional.

Sección Segunda
Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada cobertura contratada y vence y deberá de ser pagada en el momento de la celebración del contrato de seguro.

La prima podrá pagarse a través de los medios que disponga la Compañía.

En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al titular de la cuenta en que se realizan los cargos, el Asegurado Titular estará obligado a realizar directamente el pago de la prima correspondiente en las oficinas de la Compañía o a abonar el pago respectivo en la cuenta que le indique la propia Compañía.

Serán causas imputables al titular de la cuenta en que se realicen los cargos, la cancelación de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier otra situación similar o semejante que no permitan el cobro de la parcialidad.

Conforme a lo dispuesto en la Ley sobre el Contrato de Seguro, en los seguros que cubren un solo Viaje, el pago de la prima no podrá ser fraccionado y deberá de ser liquidado en una sola exhibición y ésta deberá de ser pagada al momento de la expedición de la Póliza.

Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula y/o Especificación del certificado o la Póliza.

Cláusula 3ª. 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.
Teléfonos: 01 800 223 2001
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves 8:30 a 17:00 horas Viernes de 8:30 a 14:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur #762,
Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.
correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México: (55) 5340 0999
En el territorio nacional: 01 800 999 8080

Cláusula 4ª. 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 Compañía y para cualquier otro efecto legal.

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

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

Cláusula 5ª. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o por parte de la Compañía, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos 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 6ª. 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 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. Dicho plazo 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, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo 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 señalado 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 Aseguradora.

Cláusula 7ª. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporte plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Cláusula 8ª. Modificaciones

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cláusula 9ª. 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 10ª. Agravación Esencial del Riesgo

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

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

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o

Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

Cláusula 11ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

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

Cláusula 12ª. 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 alterno 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:

- 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.
- 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.
- 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 13ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de 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 14ª. 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

IV. 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 la Póliza de este seguro 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 accesar 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 23 de agosto de 2017, con el número PPAQ-S0039-0073-2017 / CONDUSEF-002840-02.

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 23 de agosto de 2017, con el número PPAQ-S0039-0073-2017 / CONDUSEF-002840-02.

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

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

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

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

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable 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.

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. Preguntar por el bienestar del Asegurado.
3. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
4. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
5. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
6. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
7. 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 23 de Agosto de 2017, con el número PPAQ-S0039-0073-2017 / CONDUSEF-002840-02.

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

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

5. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
6. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
7. 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.
8. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

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

7. 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.
8. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
9. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
10. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
11. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
12. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores

8. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
9. Preguntar por el bienestar del Asegurado.
10. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
11. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
12. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
13. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
14. 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 23 de Agosto de 2017, con el número PPAQ-S0039-0073-2017 / CONDUSEF-002840-02.

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 08 de octubre de 2014, con el número CGEN-S0039-0135-2014 / CONDUSEF-002840-02.

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 la 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 de 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 de Chubb Group en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de Chubb, o las empresas que forman parte de 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 de Chubb Group; (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

ABA Seguro de Viaje
de Chubb Seguros México, S.A.