



ABA | Seguro
Accidentes
y Salud

de Chubb Seguros México, S.A.

**Seguro de Gastos Médicos Mayores con
Cobertura Nacional e Internacional**

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula Primera. Contrato	4
Cláusula Segunda. Definiciones	4
Cláusula Tercera. Descripción de Coberturas y Gastos Médicos Cubiertos	10
Cláusula Cuarta. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera	13
Cláusula Quinta. Exclusiones Generales	16
Cláusula Sexta. Gastos a Cargo del Asegurado	19
Cláusula Séptima. Examen Médico	19
Cláusula Octava. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera	19
Cláusula Novena. Administración de la Póliza	20
Cláusula Décima. Edad	20
Cláusula Décima Primera. Procedimiento en Caso de Siniestro	21
Cláusula Décima Segunda. Cancelación	24
Cláusula Décima Tercera. Límite Territorial y Residencia	24
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	25
Cláusula 1ª. Prima	25
Cláusula 2ª. Rehabilitación	25
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	26
Cláusula 4ª. Renovación Automática	26
Cláusula 5ª. Omisiones y Falsas Declaraciones	26
Cláusula 6ª. Subrogación	26
Cláusula 7ª. Límite y Responsabilidad de la Aseguradora	26

Cláusula 8ª. Beneficios Fiscales	27
Cláusula 9ª. Competencia	27
Cláusula 10ª. Comunicaciones y Notificaciones	28
Cláusula 11ª. Moneda	28
Cláusula 12ª. Prescripción	28
Cláusula 13ª. Indemnización por Mora	28
Cláusula 14ª. Modificaciones	29
Cláusula 15ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	29
Cláusula 16ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	29
Cláusula 17ª. Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro	30
Cláusula 18ª. Artículos Citados	30
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	40
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades	41
Cláusula OFAC	42
Aviso de Privacidad	43

Seguro de Gastos Médicos Mayores con Cobertura Nacional e Internacional

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula Primera. Contrato

Estas condiciones generales, la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, los tabuladores de honorarios y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo, constituyen prueba plena del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

El objeto del presente Contrato es resarcir al Asegurado los gastos médicos en que incurra con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud biológica, de acuerdo a un diagnóstico médico, siempre y cuando estén dentro de los límites y condiciones señalados en el presente documento. Lo anterior tendrá lugar en cualquier parte del mundo, siempre que la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir la Enfermedad o Accidente que haya dado origen al gasto médico.

Cláusula Segunda. Definiciones

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

Accidente Cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado. Para los padecimientos de columna vertebral y rodilla, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o politraumatismos.

Antigüedad: Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua con la Aseguradora.

Aparato Circulatorio: Es un sistema de transporte que tiene como función distribuir la sangre por todos los órganos y tejidos del cuerpo, está conformado por el corazón y los vasos sanguíneos que son de tres tipos: las arterias, las venas y los capilares.

Aparato Digestivo: Es el conjunto de órganos encargados de digerir y asimilar los alimentos (boca, faringe, esófago, estómago, hígado, vías biliares, vesícula biliar, intestino delgado, intestino grueso, páncreas, recto, ano).

Aparato Esquelético Muscular: Está formado por la unión de los huesos, las articulaciones y los músculos, constituyendo en conjunto el elemento de sostén, protección y movimiento del cuerpo humano.

Aparato Respiratorio: Es el conjunto de órganos que llevan a cabo el proceso de la respiración (nariz, senos paranasales, fosas nasales, faringe, laringe, cuerdas vocales, epiglotis, tráquea, bronquios, pleura y pulmón).

Asegurado: Es la persona expuesta a cualquier Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto por esta Póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

Asegurado Titular: Persona determinada por el Contratante que en adición a éste puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza.

Auxiliares Mecánicos: Son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que cursan una enfermedad o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapezio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros).

Beneficiario: Persona física titular de los derechos indemnizatorios.

Cáncer: Tumor de características malignas que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de las células, la infiltración de los tejidos adyacentes y su crecimiento a distancia (metástasis).

Carátula de la Póliza: Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Certificado de Cobertura por Asegurado: Documento que forma parte de la Póliza en el que se especifica para cada uno de los Asegurados la relación de riesgos amparados, así como también los límites máximos de responsabilidad de la Aseguradora, deducibles y coaseguros.

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

Coaseguro: Es el segundo gasto a cargo del Asegurado y es el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza que pagará el Asegurado del total de los gastos cubiertos por la Póliza, una vez descontado el deducible contratado.

Condiciones Especiales de Contratación: Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la Póliza.

Condiciones Generales: Es el conjunto de principios básicos que establece La Aseguradora de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de seguro.

Contratante: Persona física o moral que interviene en la celebración del Contrato, misma que para efectos de éste, será la responsable del pago de la prima.

Deducible: Es el primer gasto a cargo del Asegurado y es la cantidad fija estipulada en la carátula de la Póliza, la cual aplicará para cada enfermedad o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el Contrato.

Una vez rebasada esta cantidad, comienzan las obligaciones de Chubb Seguros.

Dependientes Económicos: Son el cónyuge y los hijos menores de veinticinco (25) años de edad del Asegurado Titular que estén cubiertos en la misma Póliza de Gastos Médicos Mayores que el Asegurado Titular tenga contratada con la Aseguradora.

Descripción del Movimiento: Es una explicación de la última modificación realizada a la Póliza.

Dispositivo Médico: Son los equipos, instrumentos, aparatos, materiales, y otros artículos, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, para ser usados solos o en combinación, y ser aplicados en seres humanos, destinados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Eliminación o Reducción de Periodos de Espera: Es el beneficio que otorga la Aseguradora con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra Aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos descritos en la Cobertura básica.

Enfermedad Cubierta: Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesional independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, que provenga de alteraciones patológicas comprobables y que no se encuentre expresamente excluida en estas condiciones generales.

Expediente Médico: Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por La Aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

Evento Cubierto: Ocasión en que se utilice algún servicio médico y/o se efectúe algún Gasto Médico como consecuencia del mismo Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta.

Fractura: Pérdida de continuidad de la estructura ósea.

Gasto Usual y Acostumbrado: Honorarios y gastos generados por la atención médica que reciba el Asegurado como consecuencia de una Enfermedad Cubierta y/o Accidente Cubierto, mismos que no deberán exceder los honorarios y gastos por atención médica que se acostumbre pagar para una atención médica similar otorgada en el mismo lugar, para una persona del mismo sexo, edad y por una Enfermedad/Accidente de características semejantes.

Honorarios Médicos: Pago que obtiene el médico profesional independiente legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados de acuerdo al tabulador establecido.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las veinticuatro (24) horas del día y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado. No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.

Hospitalización: Es la permanencia del Asegurado un mínimo de veinticuatro (24) horas en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el Médico tratante.

Inicio de Cobertura: Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro. Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad.

Lugar de Residencia: Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

Madre Asegurada: Es la Asegurada que está dada de alta en la Póliza y que se encuentra embarazada o ha dado a luz a un hijo.

Madre Biológica: Mujer que posee una imposibilidad permanente o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, aportando sus óvulos para la fecundación, con la finalidad de que éstos sean implantados en el útero de la mujer gestante.

Maternidad Subrogada: Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo.

Medicina Alternativa y Complementaria: Aquellos enfoques diferentes a la medicina convencional o científica para tratar la enfermedad y/o conservar la salud.

Medicamento: Toda preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país en que sea dispensado.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Mujer Gestante: Mujer que se obliga, sin fines de lucro, a llevar a cabo la gestación del embrión y posteriormente del feto, y cuya obligación concluye con la terminación del embarazo.

Órtesis o Aparatos Ortopédicos: Aditamento mecánico que sirve para suplir una función del sistema músculo-esquelético (férulas, zapatos ortopédicos, entre otros).

Padecimientos Preexistentes: Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades 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 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

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

Pago Directo: Es el beneficio que puede otorgar LA ASEGURADORA al Asegurado cuando libremente éste ha elegido al (los) médico (s) perteneciente a la Red de Médica. En virtud de este beneficio, LA ASEGURADORA pagará directamente los honorarios correspondientes al médico con el cual ha celebrado un contrato para el pago de sus honorarios por los servicios profesionales correspondientes a la atención médica proporcionada al Asegurado que presente enfermedades o accidentes cubiertos por este contrato.

En caso que el médico elegido libremente por el Asegurado no pertenezca a la Red Médica, LA ASEGURADORA pagará vía reembolso a éste, los gastos procedentes que haya erogado previamente a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, dentro del límite de los Tabuladores de Honorarios Médicos establecidos para los procedimientos médicos y quirúrgicos.

Este beneficio también es aplicable a todos los prestadores de servicios con los que LA ASEGURADORA ha celebrado un Convenio.

Periodo al Descubierta: Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la Póliza. Para efectos de este contrato será de 30 días naturales.

Periodo de Espera: Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada Asegurado, a fin de que ciertas enfermedades sean cubiertas por la Póliza.

Plan: Conjunto de componentes de la Póliza: suma asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, entre otros, incluyendo las Condiciones especiales de contratación, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

Politraumatismos: Múltiples lesiones graves traumáticas y/o quemaduras producidas por un mismo accidente; con graves repercusiones circulatorias, respiratorias o metabólicas que pongan en peligro la vida.

Prima: Es la contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Asegurado.

Primer Gasto: Es el gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de una enfermedad o accidente.

Programación de Cirugías, Tratamientos Médicos y Servicios: Es el beneficio que puede otorgar LA ASEGURADORA al Asegurado, el cual consiste en la autorización del pago directo que realizará LA ASEGURADORA al prestador de servicio independiente con el cual ha celebrado un contrato para el pago de sus honorarios por los servicios profesionales correspondientes a la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza de seguro, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

Este beneficio también es aplicable a todos los prestadores de servicios con los que LA ASEGURADORA ha celebrado un Convenio.

Prótesis: Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

Prótesis Auditiva: Pieza o implante especial con la cual se mejora la audición.

Reclamación o Solicitud de Servicios: Es el trámite que efectúa el Asegurado ante LA ASEGURADORA, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente. LA ASEGURADORA define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la Póliza.

Red de Ambulancias en Convenio: Es el listado de ambulancias de entre las que el Contratante puede seleccionar libremente al momento de un siniestro para su traslado terrestre.

La Compañía podrá actualizar este listado de Red de Ambulancias en Convenio en cualquier momento y sin previo aviso.

Red de Hospitales en Convenio: Es el listado de Hospitales, Clínicas o Sanatorios de entre los que el Contratante puede seleccionar libremente al momento de la contratación para su atención o tratamiento médico.

La Compañía podrá actualizar este listado de Red de Hospitales en Convenio en cualquier momento y sin previo aviso.

Red Médica: Está constituida por los médicos en su calidad de profesionistas independientes, certificados por la Secretaría de Salud y, en su caso, por el Consejo de la Especialidad correspondiente, con quienes LA ASEGURADORA tiene celebrado un contrato de prestación de servicios profesionales en el que se especifica el nivel de honorarios que cobra cada uno de ellos, por la atención proporcionada a los Asegurados.

En todos los casos, el Asegurado elegirá libremente al médico de su confianza, pertenezca éste o no a la Red Médica, sin comprometer para ello la procedencia del gasto con cargo a la Póliza de seguro de que se trata. El pago aplica de acuerdo a los tabuladores establecidos.

Reembolso: Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. LA ASEGURADORA reintegrará la suma que corresponda después de aplicar las condiciones contratadas al propio Asegurado.

Renovación: Emisión consecutiva del contrato por un periodo igual.

Reproducción Asistida: Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la maternidad subrogada.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad de LAASEGURADORA estipulado en la carátula de la Póliza, convenido para cada cobertura y aplicable por enfermedad o accidente y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

Tabulador de Honorarios Médicos: Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por LAASEGURADORA para cada uno de éstos. Aplica tanto en casos de pago directo como reembolso.

Territorio Extranjero: Cualquier territorio que se encuentre fuera de la República Mexicana.

Tratamientos de Infertilidad y/o Esterilidad: Análisis completo del diagnóstico y corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad a la que se somete la pareja después de su incapacidad para lograr un embarazo espontáneo.

Tabulador Internacional UCR (Usual, Customary & Reasonable): Es el tabulador bajo el cual se pagarán las reclamaciones en territorio extranjero utilizando una tabla de honorarios médicos y de hospitales, basado en un sistema de costos por CPT (Current Procedural Terminology de la American Medical Association) y área geográfica. Esta tabla se basa en el MDR Payment System, el cual constituye una base de datos de más de 900 millones de transacciones de facturación por servicios de salud en los Estados Unidos.

Esta definición será aplicable para aquellos servicios que sean diferentes a los honorarios médicos, tales como: servicios profesionales, auxiliares mecánicos, insumos y equipos médicos.

El valor monetario de dichos bienes y servicios se determinará convencionalmente a través de las listas de precios que fijen los proveedores formalmente establecidos para tales efectos, los cuales deberán cumplir con la legislación respectiva para ejercer esa actividad comercial.

Urgencia Médica o Emergencia Médica: Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Viaje: Se considera que el Asegurado está de Viaje cuando se encuentre a más de cincuenta (50) kilómetros de distancia del centro del Lugar de Residencia.

Vigencia: Periodo de validez del Contrato.

Cláusula Tercera. Descripción de Coberturas y Gastos Médicos Cubiertos

Cobertura Básica

La Aseguradora pagará o reembolsará al Asegurado, sin exceder el límite de Suma Asegurada contratado, los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra en exceso del Deducible y el Coaseguro estipulados en la Carátula y/o Especificación de la Póliza, a causa de un Accidente o Enfermedad cubierto que le ocurra durante la vigencia de la Póliza.

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 o Enfermedad Cubierta, hasta el límite del beneficio contratado, que:

- a) 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;
- b) Sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado; y
- c) Sean derivados de una o más de las siguientes causas:

Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico, los cuales se pagarán de acuerdo a lo siguiente:

Territorio nacional

- Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a la Red Médica, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación del Tabulador de Honorarios Médicos. En este caso, el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Para tal efecto, deberá identificarse como Asegurado con el médico.
- Los honorarios de los Médicos que no pertenezcan a la Red Médica, serán cubiertos de acuerdo a los montos máximos establecidos en el Tabulador de Honorarios Médicos. En este caso, de existir un excedente en los honorarios de los Médicos, el Asegurado deberá pagar la diferencia.

Territorio extranjero

- Se aplicará el Tabulador Internacional UCR (Usual, Customary & Reasonable).
- Las consultas médicas post-operatorias que se efectúen dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la intervención, se incluirán dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.
- **La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.**
- Hospital, clínica o sanatorio considerados dentro del plan contratado, en el cual se lleve a cabo el tratamiento médico necesario, relacionado con el o los padecimientos cubiertos para restablecer la salud del Asegurado. Comprenden el costo de habitación, alimentos y paquete de admisión en:

Territorio Nacional: Cuarto privado estándar.

Territorio Extranjero: Cuarto privado estándar.

Si el Hospital en donde se preste la atención al Asegurado se encuentra fuera de la Red de Hospitales en Convenio, los Gastos Médicos Cubiertos por el uso de Hospital le serán cubiertos al Asegurado vía reembolso, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el Evento Cubierto en el Hospital utilizado.

- Sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el Médico anesthesiólogo.
- Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología que comprenden estudios desde la biometría hemática o estudios de rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, hasta la utilización de estudios de punta como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética o los estudios con isótopos radioactivos y cualquier

otro estudio necesario que haya sido utilizado para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto por esta Póliza.

- Costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.
- Medicamentos y/o material de curación adquiridos dentro o fuera del Hospital, clínica o sanatorio.

Solamente se cubren las medicinas y/o material de curación prescritos por los Médicos tratantes y relacionadas directamente con el Evento Cubierto y autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en Territorio Nacional y por las autoridades correspondientes en Territorio Extranjero. Para el reembolso se deberá presentar la factura a nombre del Asegurado o del Asegurado titular de la Póliza y las recetas correspondientes, en las cuales el Médico tratante deberá indicar la duración del tratamiento y la cantidad del medicamento y/o material de curación.

- Honorarios de enfermeras independientes legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre que sus servicios hayan sido prescritos por el Médico tratante de la Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto que ocasionó los Gastos Médicos al amparo de esta Póliza y hasta por un periodo máximo de treinta (30) días o setecientos veinte horas (720), sujeto al Tabulador de Honorarios Médicos. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar la información que requiera para el pago de estos honorarios.
- Transfusión de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una Enfermedad Cubierta y/o Accidente Cubierto.
- Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios, hasta el límite de beneficio máximo estipulado en la Carátula de la Póliza.
- Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a causa de una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto por esta Póliza (excepto lo expresamente excluido).
- Ambulancia de traslado terrestre dentro de la localidad donde se atienda la Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto y como consecuencia de lo siguiente:
 - Para traslados del Hospital al domicilio y del domicilio al Hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Se pagará un solo evento por Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto.
 - En el uso de ambulancia se aplicará un coaseguro del veinte por ciento (20%). Éste será independiente del coaseguro general aplicable a esta Póliza.

Si la ambulancia de traslado terrestre que preste la atención al Asegurado se encuentra fuera de la Red de Ambulancias en Convenio, el costo por el uso de dicha Ambulancia le será cubierto al Asegurado vía reembolso, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el uso de Ambulancias.

- Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia prescritos por el Médico tratante.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, siempre y cuando la Madre Asegurada haya cumplido con el Periodo de Espera de diez (10) meses en la Póliza a la fecha del nacimiento del Asegurado.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto por la Póliza, siempre y cuando exista una fractura.

- Únicamente los servicios extra hospitalarios que a continuación se mencionan: programación de tratamientos que incluyen medicamentos especializados relacionados con el Evento Cubierto, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral, todo ello mediante prescripción médica.
- Tratamientos de rehabilitación física y neuro rehabilitación, cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto y éstos sean prescritos por el Médico tratante y se realicen en centros especializados o a domicilio. El pago estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos que forma parte de la Póliza y de acuerdo al plan contratado para Territorio Nacional; en Territorio Extranjero el pago estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador Internacional UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen.

- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un Accidente Cubierto por la Póliza, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el Accidente.
- Medicina hiperbárica bajo supervisión médica únicamente para las siguientes enfermedades:

Actinomicosis, Embolismo gaseoso, enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartamental, úlceras de meleneys y úlceras agudas por insuficiencia arterial.

- Cirugía mínimamente invasiva asistida por robot únicamente para la realización de prostatectomía e histerectomía.
- Trasplante de riñón, corazón e hígado, incluyendo el costo del órgano mismo, hasta el límite que se indica en la carátula de la Póliza. **No se incluyen los gastos incurridos por el donante del órgano.**
- Trasplante de células madre autólogo y alogénico obtenidos de médula ósea adulta y/o cordón umbilical únicamente para las siguientes enfermedades: leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide crónica, leucemia mieloblástica aguda, leucemia mielomonocítica juvenil, linfoma no Hodgkin de alto grado, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple.
- Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura y homeopáticos proporcionados por personas con cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos, **siempre y cuando el Asegurado no esté recibiendo de manera conjunta tratamiento alópata.**
- Consulta externa. En caso de que el Asegurado requiera atención médica a consecuencia de una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto que no requiera Hospitalización, la Aseguradora pagará hasta el límite de Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, aplicando el Deducible y Coaseguro especificado también en la misma.

Cláusula Cuarta. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera

Para este producto habrá un periodo de espera de treinta (30) días contados a partir del inicio de vigencia de esta Póliza, durante el cual no se cubrirán los gastos médicos derivados de enfermedades que Payan iniciado en el transcurso de esos primeros treinta (30) días de vigencia.

Este lapso no tendrá lugar en caso de renovación. Este periodo no aplica en caso de accidentes, ni para los padecimientos de apendicitis, trombosis pulmonar profunda, enfermedad vascular cerebral e infarto agudo al miocardio.

Periodo de Espera de diez (10) meses

Los padecimientos a continuación mencionados se cubrirán, siempre y cuando los mismos se presenten cuando el Asegurado haya cumplido al menos diez (10) meses de cobertura continua en la Póliza:

1. Ayuda para Maternidad: Parto o Cesárea

1.1 Cobertura de la Madre Asegurada

Mediante este beneficio, la Aseguradora será responsable de cubrir los Gastos Médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea, hasta por el monto indicado en el apartado de Condiciones especiales de contratación especificadas en la Carátula de la Póliza, sin aplicar deducible y coaseguro.

Este beneficio aplicará, siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos diez (10) meses de cobertura continua en la Póliza al momento del nacimiento.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para esta cobertura.

Exclusiones

Este beneficio no aplica para los siguientes eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- A. Abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa, excepto si son necesarios a consecuencia de un accidente cubierto**
- B. Cuando alguno de los padres se haya sometido a un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad o un tratamiento para reproducción asistida.**
- C. Maternidad subrogada, sea la madre biológica y/o mujer gestante.**

1.2 Cobertura de complicaciones del embarazo, parto o puerperio

En caso de complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio, la Aseguradora sólo será responsable de pagar los Gastos Médicos en que incurra la Madre Asegurada por la atención que reciba a consecuencia de las siguientes complicaciones:

- Embarazo extrauterino.
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Mola hidatiforme (embarazomolar).
- Sepsis puerperal (fiebre puerperal).
- Atonía Uterina.
- Placenta previa.
- Placenta acreta.
- Óbito.
- Diabetes gestacional.
- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad o condición médica gineco obstétrica que requiera manejo de cerclaje.
- Huevo muerto retenido.

Este beneficio aplicará, siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos diez (10) meses de cobertura continua en la Póliza al momento de la complicación.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para esta cobertura.

Exclusiones

Esta cobertura no aplica para los siguientes eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- A. Afecciones propias del embarazo, aborto provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sea precisamente de las consignadas en esta cobertura, a excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente cubierto.**
- B. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea o puerperio que no se encuentren explícitamente cubiertas en esta cobertura.**
- C. Complicaciones y/o gastos cuando sean como consecuencia de un tratamiento para la reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado con el recién nacido, ni tampoco los que presente la madre asegurada. En caso de maternidad subrogada tampoco se cubren los gastos de la madre biológica ni de la mujer gestante.**

1.3 Cobertura del recién nacido

Aquéllos menores cuya gestación y nacimiento sean de la Madre Asegurada y ocurran durante la vigencia de la Póliza, quedarán Asegurados en esta Póliza bajo los términos y condiciones de la misma, con cobro de prima desde su nacimiento hasta la renovación, sin más requisitos que la solicitud de su alta acompañada de un Certificado de Buena Salud expedido por un Médico u Hospital, la cual deberá presentarse a la Aseguradora en un lapso no mayor a treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de nacimiento.

Esta cobertura aplicará, siempre y cuando la Madre Asegurada cumpla con al menos diez (10) meses de cobertura continua en la Póliza al momento del nacimiento.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para esta cobertura.

Exclusiones

Esta cobertura no aplica para las siguientes enfermedades y sus complicaciones:

- Padecimientos congénitos, enfermedades y/o complicaciones de recién nacidos prematuros.**
- No se cubrirán en ningún caso los gastos médicos del recién nacido en el hospital derivados de su nacimiento que no sean a consecuencia de un accidente cubierto o enfermedad cubierta.**

Periodo de Espera de doce (12) meses

Los padecimientos a continuación mencionados se cubrirán, siempre y cuando los mismos se presenten cuando el Asegurado haya cumplido al menos doce (12) meses de cobertura continua en la Póliza, excepto si los mismos derivan de Urgencia Médica o Accidente, en cuyo caso sí se cubrirán, sin importar el Periodo de Espera de doce (12) meses antes mencionado:

Rodilla, ácido pépticos, columna vertebral, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas), padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.

Estos padecimientos no quedarán cubiertos si son preexistentes.

Para nariz y senos paranasales, si el padecimiento es derivado de Urgencia Médica o Accidente y ocurre dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia del seguro, se aplicará el coaseguro especificado en la sección de Gastos a cargo del Asegurado.

También se cubrirán los padecimientos a continuación mencionados después de transcurrido el Periodo de Espera de doce (12) meses de cobertura continua en la Póliza: Cáncer del aparato respiratorio y Cáncer del aparato digestivo.

Periodo de Espera de veinticuatro (24) meses

Los padecimientos a continuación mencionados se cubrirán, siempre y cuando los mismos se presenten cuando el Asegurado haya cumplido al menos veinticuatro (24) meses de cobertura continua en la Póliza:

- Circuncisión y sus complicaciones.

Periodo de Espera de cuarenta y ocho (48) meses

Los padecimientos a continuación mencionados se cubrirán, siempre y cuando los mismos se presenten cuando el Asegurado haya cumplido al menos cuarenta y ocho (48) meses de cobertura continua en la Póliza:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo.

Durante este mismo periodo, no se cubrirán los gastos de diagnóstico para detectar el virus.

Cláusula Quinta. Exclusiones Generales

Esta Póliza no cubre gastos médicos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes, estudios de diagnóstico, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

- **Padecimientos preexistentes según se indica en el apartado de definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones.**
- **Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos.**
- **Ningún gasto médico de los recién nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, independientemente de sus causas u orígenes.**
- **Enfermedades que hayan iniciado en el transcurso de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza (periodo de espera). Este lapso no tendrá lugar en caso de renovación. Este periodo no aplica en caso de accidentes, ni para los padecimientos de apendicitis, trombosis pulmonar profunda, enfermedad vascular cerebral e infarto agudo al miocardio.**
- **Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.**
- **Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto o periodo de espera, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

- **Acompañantes en la estancia del Asegurado como paciente en hospitales, salvo el costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, el cual sí se cubrirá.**
- **Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.**
- **Cualquier tipo de tratamiento médico y/o quirúrgico de tipo estético, cosmetológico y de calvicie.**
- **Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
- **Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, excepto por prescripción médica para el tratamiento de enfermedades cubiertas o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- **Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check ups.**
- **Exámenes médicos o estudios de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación.**
- **Gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos.**
- **Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.**
- **Anteojos, lentes de contacto externos.**
- **Prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición.**
- **La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios.**
- **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, salvo lo estipulado en la cláusula de descripción de coberturas y gastos médicos cubiertos.**
- **Tratamientos de infertilidad, esterilidad, reproducción asistida, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- **Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono, independientemente de sus causas u orígenes.**
- **Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos)**
- **Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, así como sus complicaciones.**
- **Cualquier enfermedad, estudio y/o tratamiento de tipo psicológico, psiquiátrico o psíquico, independientemente de sus orígenes o consecuencias.**
- **Enfermedades de transmisión sexual (excepto sida, el cual se cubrirá después de transcurrido el periodo de espera de 48 meses de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales).**
- **Tratamientos experimentales o de investigación.**
- **Tratamientos por enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción.**
- **Gastos médicos derivados de enfermedades o accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas,**

estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

- **Enfermedades y/o tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
- **Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquellos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado directamente, siempre y cuando sea el provocador.**
- **Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Padecimientos resultantes de accidentes que se originen por participación directa del Asegurado en actividades como:**
 - i. **Aviación privada, en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
 - ii. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad viajando como conductor o copiloto, en vehículos de cualquier tipo.**
 - iii. **Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - iv. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, box thai, artes marciales en cualquiera de sus modalidades, lucha en cualquiera de sus modalidades, fútbol americano o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Siniestros que administre o pague un tercero no autorizado por la Aseguradora para hacerlo.**
- **Afecciones propias del embarazo, aborto provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sea precisamente de las consignadas en esta Póliza, a excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente cubierto.**
- **Medicina hiperbárica, salvo para las enfermedades expresamente mencionadas en la cláusula de descripción de coberturas y gastos médicos cubiertos.**
- **Bridas o adherencias con antecedente de procedimientos quirúrgicos abdominales previos a la contratación de la Póliza.**
- **Cirugía mínimamente invasiva asistida por robot, salvo lo estipulado en la cláusula de descripción de coberturas y gastos médicos cubiertos.**
- **Todo trasplante de órganos, salvo los trasplantes de órganos mencionados en la cláusula de descripción de coberturas y gastos médicos cubiertos (riñón, corazón e hígado).**
- **Trasplante de células madre, salvo para las enfermedades expresamente mencionadas en la cláusula de descripción de coberturas y gastos médicos cubiertos.**
- **Gastos de criopreservación de cordón umbilical.**
- **Medicamentos, dispositivos médicos, cuya utilización en técnicas y tecnologías médicas no estén aprobadas por la fda (por sus siglas en inglés, food and drug administration) de los Estados Unidos de Norte América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica.**

Cláusula Sexta. Gastos a Cargo del Asegurado

Deducible

Es el primer gasto a cargo del Asegurado y es la cantidad fija estipulada en la carátula de la Póliza, la cual aplicará para los Gastos Médicos originados por cada Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto bajo los términos y condiciones de esta Póliza.

Esta obligación a cargo del Asegurado iniciará en el momento en que se efectúa el primer gasto procedente, hasta el total de la cantidad señalada por concepto de deducible en la carátula de la Póliza.

El deducible que se aplicará será el vigente en el momento en que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado, excepto cuando se trate de complementos de Enfermedades Cubiertas o Accidentes Cubiertos para los cuales ya se haya cubierto el deducible correspondiente.

Coaseguro

Es el segundo gasto a cargo del Asegurado y es el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza, el cual se aplicará sobre los gastos procedentes para determinar la cantidad a pagar por el Asegurado por cada Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto bajo los términos y condiciones de esta Póliza, una vez descontado el deducible contratado.

Ambas cantidades aplican por cada Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto por esta Póliza.

Coaseguro para nariz y senos paranasales durante los primeros doce (12) meses de cobertura

Para los padecimientos de nariz y senos paranasales, se aplicará un porcentaje del cincuenta por ciento (50%) de coaseguro. Lo anterior aplicará sólo en caso de Urgencia Médica o Accidente ocurrido dentro de los primeros doce (12) meses de cobertura continua en la Póliza, siempre y cuando la Urgencia Médica o el Accidente se encuentren cubiertos y la atención médica se reciba dentro de los primeros treinta (30) días naturales posteriores a dicha Urgencia Médica o Accidente.

Este coaseguro sustituye al contratado por la cobertura básica.

Cláusula Séptima. Examen Médico

La Aseguradora podrá solicitar al Asegurado la aplicación de exámenes médicos, pruebas de laboratorio o cualquier información médica para la valoración del riesgo.

Al Asegurado que se haya sometido a los exámenes médicos y a las pruebas de laboratorio a que se refiere el párrafo anterior, la Aseguradora no podrá aplicarle la cláusula de preexistencia respecto de la enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen o prueba que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en los citados estudios o pruebas.

Cláusula Octava. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Para este beneficio, la Aseguradora reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) Compañía(s), únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera descritos en el apartado de Enfermedades y tratamientos con periodos de espera, a excepción de SIDA, circuncisión y maternidad. Para poder otorgar este beneficio, es necesario que lo solicite dentro de los primeros treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de contratación de esta Póliza, además de cumplir con las políticas vigentes establecidas por la Aseguradora.

Cláusula Novena. Administración de la Póliza

Altas de Asegurados

Los hijos de Asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento hasta la renovación, sin necesidad de pruebas médicas. Para ello, es requisito indispensable que la Aseguradora haya sido notificada dentro de los treinta (30) días naturales posteriores al nacimiento y que la Madre Asegurada tenga al menos diez (10) meses continuos de cobertura en la Póliza al momento del nacimiento. Adicionalmente, para dar de alta a los hijos del Asegurado se requerirá documentación comprobatoria del nacimiento, tal como el acta de nacimiento.

Si no se cumplen cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación estará sujeta a la aprobación por parte de la Aseguradora.

Para cualquier otra alta de Asegurados, se deberá presentar la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos para el nuevo Asegurado, así como los cuestionarios médicos aplicables. La aceptación estará sujeta a la aprobación por parte de la Aseguradora.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Bajas de Asegurados

La notificación para dar de baja a algún(os) de (los) Asegurado(s) de la Póliza deberá ser por escrito y firmado por el Asegurado titular o Contratante.

En caso de baja de algún Asegurado dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza, la Aseguradora devolverá el cien por ciento (100%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, sin incluir derechos de Póliza.

En caso de baja de algún Asegurado después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza, la Aseguradora devolverá el sesenta por ciento (60%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, sin incluir derechos de Póliza.

Cláusula Décima. Edad

La edad máxima del Asegurado titular y Cónyuge para la contratación del presente seguro será de ochenta y nueve (89) y mínima será de dieciocho (18) años. La edad máxima de renovación es de ochenta y nueve (89) años, cancelándose la Póliza en el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado cumpla noventa (90) años de edad.

Los hijos Dependientes Económicos estarán cubiertos desde su nacimiento hasta los veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico.

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

Cuando la Compañía compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía.

Si la edad 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 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, 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 (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula Décima Primera. Procedimiento en Caso de Siniestro

1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía 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.

2. Pruebas

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

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.

3. Documentos para el Pago de Indemnización

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

1. Carta de reclamación en donde indique el motivo, domicilio completo, teléfono y ocupación, así como el aviso de Accidente o Enfermedad respectivo.
2. Identificación del Asegurado (Original y copia de Credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
3. Informe Médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo.
4. Historia clínica elaborada por el médico tratante que incluya antecedentes personales patológicos, fechas de inicio, etiología y tratamiento.
5. Comprobantes de los gastos erogados a nombre del Asegurado, en caso de que éste sea menor de edad deberán ser a favor del padre, madre o tutor (Facturas de Hospital desglosadas, incluyendo copia de la receta médica respectiva, facturas de estudios de laboratorio y/o gabinete en originales incluyendo los resultados de los mismos, interpretación de estudios, los cuales confirmen diagnóstico, recibos de honorarios médicos, en los cuales especifique el concepto del cobro).

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, Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono 01 800 223 2001.

4. 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.

La Aseguradora no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios; ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico en Territorio Nacional, será de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Primer Ayudante	20% de lo tabulado para el cirujano
Segundo Ayudante	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto

Para territorio extranjero los honorarios médicos para el equipo quirúrgico será de acuerdo con lo estipulado en el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, la Aseguradora únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al cincuenta por ciento (50%) de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos para Territorio Nacional. Para Territorio Extranjero se pagará de acuerdo con el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable). Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un veinticinco por ciento (25%) adicional a lo tabulado para la cirugía principal, de acuerdo con lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos para Territorio Nacional. Para Territorio Extranjero se pagará de acuerdo con el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable). El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a

excepción de los honorarios médicos del anesthesiólogo que serán cubiertos hasta un máximo del treinta y dos (32%) de lo tabulado originalmente para la cirugía principal, de acuerdo con lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos para Territorio Nacional.

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al cien por ciento (100%) de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos para Territorio Nacional. Para Territorio Extranjero se cubrirá de acuerdo con el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable).

En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la Tabla de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un cincuenta por ciento (50%) más sobre lo tabulado para Territorio Nacional o con el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) para Territorio Extranjero.

Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía endoscópica serán calculados con un diez por ciento (10%) más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando se especifique en la Tabla de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento endoscópico para territorio nacional o con el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) para territorio extranjero.

5. Límite de Pago de Siniestros

La Aseguradora pagará los gastos complementarios por cada Enfermedad y/o Accidente cubierto, incurridos durante la vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud biológica del Asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto que haya afectado al Asegurado.

6. Cambio de Plan

Cuando el Asegurado solicite cambio de plan de seguro, los beneficios ganados por reconocimiento de antigüedad no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan de seguro los contemple. Lo anterior, en el entendido de que la Aseguradora podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incremento de Suma Asegurada.

7. 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 los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar al 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.

8. Deducciones

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

Cláusula Décima Segunda. 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.
- 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 decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza, la Aseguradora devolverá el cien por ciento (100%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros treinta (30) días de vigencia de la Póliza, la Aseguradora devolverá el sesenta por ciento (60%) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, sin incluir derechos de Póliza siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud, mediante cheque o transferencia bancaria.

Cláusula Décima Tercera. Límite Territorial y Residencia

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir siniestros que ocurran en territorio nacional o internacional, siempre y cuando el Asegurado radique permanentemente y su domicilio habitual sea dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a la Aseguradora el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del Asegurado titular.

Si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres (3) meses y hasta un máximo de doce (12) meses continuos, deberá informar dicha situación a la Aseguradora y pagar una prima adicional. Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

La Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero del Asegurado al momento de la solicitud de servicios para atención fuera 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 en el momento de la celebración del contrato.

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

El Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

En caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Asegurado mediante efectivo, cheque, transferencia bancaria, descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya seleccionado.

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

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

Cláusula 2ª. Rehabilitación

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

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

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

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

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

Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato

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

Cláusula 4ª. Renovación Automática

Este contrato tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos veinte (20) días antes de la fecha de su vencimiento.

La Aseguradora se compromete a que dicha renovación se realizará bajo condiciones de aseguramiento congruentes a las originalmente contratadas.

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

La Aseguradora deberá informar al Contratante y/o Asegurado, con al menos veinte (20) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima, deducible, franquicia o coaseguro, en su caso, aplicables a la misma.

Cláusula 5ª. Omisiones y Falsas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cláusula 6ª. Subrogación

De conformidad con el artículo 163 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa Aseguradora que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros, que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y Chubb Seguros concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Cláusula 7ª. Límite de Responsabilidad de la Aseguradora

En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado y/o Beneficiario al elegir libre y voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto, brindar atención médica para

la recuperación y restablecimiento de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o Beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el Asegurado y/o Beneficiario, por lo que la Aseguradora no responderá de manera alguna por cualquier práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo que pueda surgir entre ellos. El contenido de esta cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

Cláusula 8ª. Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el Beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta. (Artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

Cláusula 9ª. Competencia

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

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

Datos de Contacto

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250,
Torre Niza, Piso 15,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 01 800 223 2001
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00
horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

Av. Insurgentes Sur #762,
Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.
Correo electrónico:
asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México: (55) 5340 0999
En el territorio nacional: 01 800 999 8080

Cláusula 10.- 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 11ª. 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 12ª. 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 13ª. 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 14ª. 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 15ª. 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 16ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)

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

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

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

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

- 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:
- Llamar al **01 800 223 2001** en la Ciudad de México o resto de la República;
 - Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente;
 - 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;
 - 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 17ª. 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 18ª. 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 163.- El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa Aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o el Beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

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

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

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica

específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

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

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

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

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acusar 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 25 de julio de 2016 con el número CNSF-S0039-0633-2016 / CONDUSEF-001599-02.

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 25 de julio de 2016 con el número CNSF-S0039-0633-2016 / CONDUSEF-001599-02.

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 25 de julio de 2016 con el número CNSF-S0039-0633-2016 / CONDUSEF-001599-02.

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-S0039-0136-2014 / CONDUSEF-001599-02.

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 México, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad en cumplimiento con el principio de información establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en adelante la Ley y demás normativa relacionada.

¿Qué datos personales recabamos de usted?

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

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

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

¿Cómo obtenemos sus datos personales?

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

¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?

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

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

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de Chubb, o las empresas que forman parte 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 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 en México; (iii) autoridades en México o en el extranjero; y (iv) a cualquier otra persona autorizada por la ley o el reglamento aplicable.

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

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

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

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

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

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

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

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