



**ABA** | Seguro  
de Vida Grupo

de Chubb Seguros México, S.A.

**Seguro de Vida Grupo**  
**Experiencia Propia con Dividendos**

## Contenido

Definiciones	
Cláusulas Generales	5
Coberturas	11
Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal	12
Coberturas Adicionales por Accidente	14
Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente	17
Cobertura de Gastos Funerarios	19
Cobertura por Enfermedad Cerebro Vascular	19
Cobertura por Infarto Agudo al Miocardio	21
Cobertura por Cáncer	23
Cobertura por Cáncer Femenino	24
Cobertura por Cáncer Masculino	26
Cobertura para Enfermedades Críticas	28
Operatividad	31
Indemnizaciones	35
Documentación Requerida en Caso de Siniestro	38
Anexos	
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida	41
Cláusula OFAC	42
Aviso de Privacidad	43

# Seguro de Vida Grupo, Experiencia Propia con Dividendos

## Definiciones

---

Las palabras o frases que aparecen en **negrita y en cursiva** se encuentran definidas en la sección de Definiciones de la Póliza o de la cobertura específica.

- 1. Asegurado:** Cada uno de los miembros del **Grupo Asegurado** por los riesgos amparados por la Póliza respectiva.
- 2. Accidente:** Se entiende por **Accidente** aquel acontecimiento imprevisto proveniente de una causa fortuita, externa, súbita, violenta e involuntaria que produce lesiones corporales que requieran atención médica o que causen la muerte del **Asegurado**, y que ocurran mientras se encuentra vigente la Póliza. **No se considera como Accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado, así como los Accidentes expresamente excluidos en la Póliza.**
- 3. Beneficiario:** Las personas designadas por el **Asegurado** para recibir las indemnizaciones derivadas de las coberturas contratadas en esta Póliza en caso de ocurrir un **Siniestro**.
- 4. Certificado Individual:** Documento que expide la **Compañía Aseguradora** para cada miembro del **Grupo Asegurado** en donde se especifican las condiciones en las cuales ha sido **Asegurado**.
- 5. Compañía Aseguradora:** Chubb Seguros México, S.A., debidamente autorizada para operar en el ramo de vida por parte de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
- 6. CONDUSEF:** Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
- 7. Consentimiento:** Documento en donde el **Asegurado** expresa su **Consentimiento** a ser **Asegurado** y en el cual designa a sus **Beneficiarios**.
- 8. Contratante:** La persona moral o física que ha celebrado con la **Compañía Aseguradora** el contrato de seguro, y es responsable ante la **Compañía Aseguradora** de pagar la prima correspondiente en su totalidad y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.
- 9. Endoso:** Documento emitido por la **Compañía Aseguradora** que modifica, previo acuerdo entre las partes bases, términos y condiciones de la Póliza; y forma parte de la misma. Lo señalado en estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.
- 10. Exclusiones:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.
- 11. Grupo Asegurable:** Los integrantes del **Grupo** sobre los que se hace la oferta del seguro y cuyas características se establecen en la carátula de la Póliza.
- 12. Grupo Asegurado:** Los integrantes del **Grupo Asegurable** que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar **Asegurados** y que den su **Consentimiento** expreso para ello, además que se encuentren en servicio activo del **Contratante**, en su caso.

**13. Grupo:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

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

**15. Proponente:** La persona moral o física que solicita la celebración del contrato de seguro.

**16. Periodo de Carencia:** Periodo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del **Certificado Individual**, durante el cual el **Asegurado** no contará con cobertura. Este periodo deberá cumplirse por única vez para cada **Asegurado**, es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo **Certificado Individual**.

El **Periodo de Carencia** se indica en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**.

**17. Periodo de Espera:** Es el periodo que debe transcurrir, una vez cumplido el **Periodo de Carencia**, a partir de la fecha en que quede comprobado el estado de **Invalidez Total y Permanente** del **Asegurado**, para que entérminos contractuales se origine el pago de la suma asegurada.

El **Periodo de Espera** se indica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

**18. RECAS:** Registro de Contratos de Adhesión de Seguros a que se refiere la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de CONDUSEF.

**19. SAMI:** La suma asegurada Máxima Individual que la **Compañía Aseguradora** cubrirá para cada uno de los miembros del **Grupo Asegurado** sin necesidad de que estos presenten pruebas médicas de buena salud, será la que se estipula en la carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**; los miembros del **Grupo** que superen la **SAMI**, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la **Compañía Aseguradora** considere pertinentes, de acuerdo al monto de la suma asegurada y la edad del **Asegurado**.

**20. Siniestro:** La ocurrencia de cualquier evento cubierto que pueda ser motivo de indemnización por parte de la **Compañía Aseguradora** en términos del contrato de seguro y hasta los límites máximos de responsabilidad contratados (suma asegurada).

**21. UMA:** Unidad de Medida y Actualización. Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como de las disposiciones jurídicas que emanen de las anteriores. El valor mensual de la UMA (UMAM), se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces. La actualización del valor se notificará a través del Diario Oficial de la Federación y puede ser consultada en la dirección de internet <http://www.inegi.org.mx>

## Cláusulas Generales

---

### 1. Ajuste de Primas

En caso de alta o baja de **Asegurados** o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, la **Compañía Aseguradora** cobrará o devolverá al **Contratante** la prima correspondiente calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha prima a la emisión del siguiente recibo o como un ajuste independiente.

Salvo convenio específico, cada vez que se efectúe una alta o una baja que no sea en la fecha de aniversario del contrato, se les aplicará la cuota promedio por meses completos, entendiéndose por cuota promedio la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

## 2. Beneficiarios

El **Asegurado** debe designar a sus **Beneficiarios** en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La Indemnización que proceda se pagará al **Asegurado** o a los **Beneficiarios** que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el contrato. Los **Asegurados** mayores a 12 años tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los **Beneficiarios** siempre que la Póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario.

El **Asegurado** o el **Contratante**, deberá notificar por escrito el cambio de **Beneficiario** a la **Compañía Aseguradora**, indicando el nombre del nuevo **Beneficiario** para su anotación en el contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la **Compañía Aseguradora** pagará al último **Beneficiario** del que se haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

Si habiendo varios **Beneficiarios** falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del **Asegurado**. Cuando no haya **Beneficiarios** designados, o en el caso de que el **Beneficiario** y el **Asegurado** mueran simultáneamente, o cuando el **Beneficiario** designado muera antes que el **Asegurado** y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del **Asegurado**; salvo estipulación en contrario.

El **Contratante** no podrá intervenir en la designación del **Beneficiario**, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea alguno de los señalados en los numerales romanos I a III del Artículo 12 del Reglamento del Seguro de **Grupo** para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

El **Asegurado** podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de **Beneficiarios**, haciéndola irrevocable, siempre y cuando esta renuncia o designación irrevocable sea notificada por escrito al **Beneficiario** Irrevocable designado, así como a la **Compañía Aseguradora**, y se haga constar en la presente Póliza como lo previene la Ley.

**Advertencia:** En caso de que se desee nombrar **Beneficiarios** a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores **Beneficiarios**, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra **Beneficiario** al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de **Beneficiarios** en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

## 3. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida de los **Asegurados**, posteriores a la contratación de la Póliza.

## 4. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de la **Compañía Aseguradora** 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, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la **Compañía Aseguradora** a satisfacer las pretensiones del **Asegurado**. De

no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

## 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

## 5. Contrato

Integran y forman parte del contrato de seguro y hacen prueba del mismo: la solicitud del seguro, las condiciones generales, el registro de **Asegurados**, los **Consentimientos**, los **Certificados Individuales**, los recibos y los **Endosos** que se le agreguen y la carátula de la Póliza.

## 6. Contribución de los Asegurados

Los miembros del **Grupo Asegurado** podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro del **Grupo Asegurado** no cubra al **Contratante** la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del **Grupo Asegurado** a la **Compañía Aseguradora**.

## 7. Disputabilidad

Este contrato, dentro de los dos primeros años de su vigencia, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el **Contratante** y/o los **Asegurados** para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al **Grupo Asegurado**, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó **Asegurado**.

## 8. Lugar de Pago

Salvo convenio específico, las primas convenidas deberán ser pagadas en el domicilio de la **Compañía Aseguradora** señalado en la carátula de la Póliza, contra entrega del recibo expedido por la misma.

## 9. Modificaciones y Notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante** y/o **Asegurado** que consten por escrito y queden asentadas en **Endosos** a la Póliza.

Toda notificación por parte del **Contratante** o de los **Asegurados** a la **Compañía Aseguradora** deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la **Compañía Aseguradora** deba hacer al **Contratante** o a los **Asegurados**, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la **Compañía Aseguradora**.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la **Compañía Aseguradora**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

## 10. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del **Contratante** o de la **Compañía Aseguradora**, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Cuando la contratación de la Póliza sea en moneda extranjera los pagos que procedan se deberán efectuar en Moneda Nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

## 11. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El **Proponente**, el **Contratante** y los **Asegurados** están obligados a declarar por escrito a la **Compañía Aseguradora**, 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 conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior facultará a la **Compañía Aseguradora** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del **Siniestro**.

La presente cláusula sólo aplicará para aquellos supuestos en que los **Asegurados** se den de alta después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del **Grupo**.

## 12. Pago de Primas

La prima a cargo del **Contratante** vence en el momento de la celebración del contrato. En caso de que el **Contratante** optara por una forma de pago diferente a la anual, los periodos deberán ser de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando la tasa de pago fraccionado correspondiente y vigente en la fecha de celebración de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de la presente Póliza cesarán automáticamente a las 12:00 hrs. p.m. (doce horas pasado meridiano) del último día de ese plazo.

Las primas ulteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo.

Si dentro del plazo convenido ocurre un **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** podrá deducir del importe del seguro, las primas vencidas y no pagadas.

La obligación del pago de primas será del **Contratante**.

Se entenderán recibidas por la **Compañía Aseguradora** las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

## 13. Participación de Utilidades

El **Contratante** y los **Asegurados** participarán en las utilidades que obtenga la **Compañía Aseguradora** por siniestralidad favorable en la misma proporción en que contribuyan al pago de la prima.

Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo pagadas y devengadas calculadas hasta el monto correspondiente a la suma asegurada máxima individual sin requisitos médicos que se establezca para otorgarse, y los **siniestros** ocurridos.

Por primas netas de riesgo se entenderá la prima cobrada menos el recargo por pago fraccionado, gastos de administración y utilidad, gastos de adquisición y costo de reaseguro en caso de que aplique.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la Póliza. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la Póliza. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados.

El pago de dicha participación no está condicionado a la renovación.

#### 14. Periodicidad

El **Contratante** puede optar por liquidar la prima de manera anual, o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado correspondiente y vigente en la fecha de celebración del contrato o en cada fecha de renovación. En todo caso quedará constancia en la carátula de la Póliza de la forma de pago y su periodicidad.

#### 15. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, y dos años en los demás casos, contados en los términos del Artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 63 (sesenta y tres) y 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF).

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la **Compañía Aseguradora** suspenderá la prescripción de las acciones a que pudiera dar lugar.

#### 16. Primas

La prima total del **Grupo Asegurado** deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los **Asegurados**, de acuerdo con su edad, ocupación y sumas aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. La prima básica corresponderá al periodo de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza.

Salvo pacto en contrario, a cada miembro del **Grupo Asegurado** que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del **Grupo Asegurado**, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

#### 17. Renovación

Al término del periodo pactado podrá ser renovado este contrato, siempre y cuando el **Contratante** haya solicitado dicha renovación a más tardar dentro de los treinta días naturales anteriores a la terminación.

La **Compañía Aseguradora** podrá renovar los contratos de Seguros de **Grupo** cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante **Endoso** a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las



primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

### 18. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a la **Compañía Aseguradora** le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La **Compañía Aseguradora** 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.

### 19. Suicidio

El fallecimiento a causa de suicidio se cubre después de los primeros 2 (dos) años. En caso de ocurrir antes, la **Compañía Aseguradora** solamente devolverá la prima neta no devengada respecto del miembro del **Grupo Asegurado**.

### 20. Terminación del Contrato

La terminación de este contrato celebrado entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante**, puede terminar por las siguientes causas:

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la carátula de la Póliza.
- b) Terminado el plazo de gracia para el pago de las primas correspondientes.
- c) Mediante petición por escrito del **Asegurado** o **Contratante** a la **Compañía Aseguradora**.
- d) Falta de pago según lo pactado.
- e) Por las causas de cancelación previstas para cada cobertura de conformidad con las presentes condiciones generales.
- f) Que el **Contratante** no cumpla con las obligaciones previstas en este contrato, en cuyo caso, la **Compañía Aseguradora** se obliga a devolver la prima no devengada.

Cuando el **Contratante** de por terminado el contrato mediante petición por escrito, el contrato dejará de surtir efectos desde que quede notificada la **Compañía Aseguradora**, quien tendrá derecho a la parte de la prima que corresponde al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor.

La **Compañía Aseguradora** deberá devolver la totalidad de la prima no devengada dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que surta efecto la terminación del contrato, descontando el gasto de adquisición, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el **Contratante**.

### 21. Terminación del Seguro respecto a cada Asegurado

Además de las especificaciones mencionadas en la cláusula Terminación del Contrato, las coberturas cesarán individualmente para cada **Asegurado** en los siguientes casos:

- a) Al momento en que el **Asegurado** deje de formar parte del **Grupo Asegurado**.
- b) Al pagarse la suma asegurada de la cobertura correspondiente.
- c) Cuando el **Contratante** solicite la cancelación de la Póliza.
- d) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para la cobertura correspondiente.
- e) Las coberturas de **Accidente** dejarán de tener efecto si el **Asegurado** está recibiendo algún beneficio que para el caso de Invalidez estuviera contratado, operando en su caso lo establecido en la cláusula de bajas.
- f) La cobertura Básica dejará de tener efecto si el **Asegurado** está recibiendo algún beneficio que para el caso de Invalidez estuviera contratado, operando en su caso lo establecido en la cláusula de Bajas del apartado de Operatividad.
- g) Las coberturas por Invalidez Total y Permanente dejarán de tener efecto al pagarse la suma asegurada contratada para alguno de los beneficios de Invalidez.

## 22. Vigencia

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que se especifica en la carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

## 23. Aviso de Privacidad

La información personal del **Proponente** y/o **Asegurado**, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que la **Compañía Aseguradora** recolecte mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, a través de terceros autorizados, por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, será utilizada para el cumplimiento del contrato de seguro al que se incorpora el presente aviso, así como para la realización de estudios estadísticos, para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de la **Compañía Aseguradora** así para remitirle información sobre productos y servicios del mismo.

La información personal del **Proponente** y/o **Asegurado** que la **Compañía Aseguradora** recabe en esta forma se trata con la confidencialidad debida y no se vende, ni cede a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a la **Compañía Aseguradora** a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectuó con terceros con los que la **Compañía Aseguradora** celebre contratos en interés del **Proponente** y/o **Asegurado** o para dar cumplimiento al contrato de seguro celebrado con el mismo.
- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o Responsable de Datos Personales de la **Compañía Aseguradora** ante quién el **Proponente** y/o **Asegurado** puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito.

La **Compañía Aseguradora** se reserva el derecho a modificar este Aviso de Privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet [www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)

Se entenderá que el **Proponente** y/o **Asegurado** consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

## Coberturas

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

### 1. Beneficio por Fallecimiento (F)

La **Compañía Aseguradora** pagará la suma asegurada en vigor de esta cobertura a los **Beneficiarios**, si el **Asegurado** fallece mientras esta Póliza y su **Certificado Individual** se encuentren en vigor.

La **Compañía Aseguradora** deberá contar con el **Consentimiento** por escrito de cada uno de los integrantes del **Grupo**.

### 2. Beneficio Adicional de Anticipo Parcial al Fallecimiento del Asegurado (A)

La **Compañía Aseguradora** pagará a cualquiera de los **Beneficiarios** y por una sola ocasión, al ocurrir el fallecimiento del **Asegurado** y con la sola presentación del certificado **Médico** de defunción, una parte de la suma asegurada contratada igual al 30% (treinta por ciento) con máximo de 30 (treinta) veces el UMAM. Esta cantidad será descontada de la liquidación final a que el **Beneficiario** que reciba el anticipo tenga derecho.

En caso de que hubiere varios **Beneficiarios**, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a la **Compañía Aseguradora** el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la **Compañía Aseguradora**.

La **Compañía Aseguradora** concede este beneficio sin costo alguno.

## **Cobertura de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal**

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

### **1. Enfermedad en Fase Terminal(Definición)**

Se considerará que una enfermedad se encuentra en fase terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o quirúrgico / curativo que permita una supervivencia mayor a 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

**No se considerará como tratamientos médicos a aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicas producidos por el mismo padecimiento o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.**

### **2. Enfermedades Amparadas**

Esta cobertura ampara las siguientes enfermedades en fase terminal

#### **Insuficiencia Respiratoria Crónica o Enfermedad Pulmonar Obstructiva**

Es una enfermedad que da lugar a una obstrucción que produce problemas respiratorios de forma progresiva y se agravan con la edad.

#### **Cáncer Terminal**

Es la presencia de uno o más tumores malignos, con crecimiento no controlado, dispersión de células, de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales.

Incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodkin.

#### **Insuficiencia Renal Crónica**

Fallo funcional crónico, irreversible de ambos riñones que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

#### **Insuficiencia Cardíaca**

Es un síndrome principalmente representado por alteraciones en la eficiencia de la función de bomba del corazón.

Los signos y síntomas que caracterizan la fase terminal de la insuficiencia cardíaca son:

- Hemoptisis
- Cianosis
- Matidez Pulmonar
- Hepatomegalia importante.
- Cardiomegalia
- Edema

### **Enfermedad Vascul ar Cerebral Avanzada**

Siempre y cuando cumplan con la definición de enfermedad en fase terminal, se cubren los siguientes padecimientos cerebrovasculares:

- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo.
- Efectos tardíos de absceso o de infección piogena intracraneales.
- Otras degeneraciones cerebrales.
- Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central.

### **3. Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en Fase Terminal**

La presente cobertura tiene por objetivo que el **Asegurado** tenga la garantía de que la **Compañía Aseguradora** le otorgue un anticipo de la suma asegurada contratada para la cobertura de Fallecimiento, en caso de que al **Asegurado** le sea diagnosticada una de las enfermedades en fase terminal definidas, y que conste en un dictamen médico.

En caso de fallecimiento del **Asegurado**, el anticipo se descontará de la suma asegurada **Total** que le corresponda al beneficio por Fallecimiento.

### **4. Dictamen**

El dictamen deberá ser emitido por un **Médico** especialista y ratificado por la **Compañía Aseguradora** mediante pruebas médicas.

La **Compañía Aseguradora** podrá solicitar en cualquier momento pruebas adicionales que la permitan valorar adecuadamente la condición médica del **Asegurado**.

### **5. Exclusiones**

**La cobertura no aplicará cuando la enfermedad sea originada por:**

1. Intento de suicidio o lesiones autoinflingidas con esa intención.
2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas al virus VIH positivo.
3. Cualquier cáncer sin invasión, in situ, o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma por invasión.
4. Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos.
5. Enfermedades intencionalmente causadas a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
6. Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
7. Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la de la vigencia de la Póliza.
8. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

## 6. Límite del Anticipo

El anticipo a otorgar será el porcentaje de la suma asegurada contratada para la cobertura de Fallecimiento. Dicho anticipo se indicará en la carátula de la Póliza y/o del **Certificado Individual** como un porcentaje o equivalente en importe.

## 7. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente habilitados.

## Coberturas Adicionales por Accidente

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

### 1. Pérdida de Miembro (Definición)

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

La responsabilidad de la **Compañía Aseguradora** en ningún caso excederá de la suma asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el **Asegurado** sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Los importes de esta cobertura se pagarán directamente al **Asegurado**.

### 2. Indemnización por Muerte Accidental (MA):

La **Compañía Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** la suma asegurada en vigor de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece a consecuencia de un **Accidente** mientras esta Póliza y el **Certificado Individual** se encuentren en vigor y el fallecimiento ocurre dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del mismo.

### 3. Indemnización por Pérdida de Miembros (PM):

La **Compañía Aseguradora** pagará al **Asegurado** la suma asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la tabla, si a consecuencia de un **Accidente** ocurrido mientras esta Póliza y el **Certificado Individual** se encuentren en vigor y dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del mismo, el **Asegurado** sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas según la tabla contratada:

Tabla "A"	
Concepto	%
1. Ambas manos	100
2. Ambos pies	100
3. Ambos ojos	100
4. Una mano y un pie	100
5. Una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100
6. Una mano o un pie	50
7. Un ojo	30
8. El dedo pulgar de cualquier mano	15
9. El índice de cualquier mano	10

Tabla "B"	
Concepto	%
1. Ambas manos	100
2. Ambos pies	100
3. Ambos ojos	100
4. Una mano y un pie	100
5. Una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100
6. Una mano o un pie	50
7. Un ojo	30
8. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30
9. Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30
10. Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25
11. El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25
12. La audición total de los dos oídos	25
13. El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20
14. El acortamiento de por lo menos 5 centímetros de un miembro inferior	15
15. El dedo pulgar de cualquier mano	15
16. El índice de cualquier mano	10
17. El dedo pulgar de cualquier mano	5
18. Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30
19. Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25

#### 4. Indemnización por Accidente Colectivo (AC):

Mediante esta cobertura quedan amparados para el **Asegurado** los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental:

1. Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
2. Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.
3. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el **Asegurado** al iniciarse el incendio.

## 5. Exclusiones

Las coberturas por Accidente no amparan a:

### 1. Accidentes originados por:

1. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
2. Encontrarse a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima; quedando cubierto para los beneficios de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros cuando el Asegurado viaje como pasajero, en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
3. Encontrarse en estado de ebriedad, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la autoridad respectiva. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
4. Hacer uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo.
5. Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
6. Lesiones recibidas al participar en una riña siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
7. Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron prescritos por un Médico. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
8. Participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
9. Practicar actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.
10. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.
11. Radiaciones atómicas, nucleares, químicas y/o biológicas.

### 2. Los siguientes eventos:

1. Accidentes derivados de enfermedad corporal o mental.
2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza por culpa inexcusable de la víctima, excepto si se demuestra que fue accidental.
3. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
4. Muerte o Pérdida de Miembros que se manifiesten después de noventa días naturales de ocurrido el Accidente.
5. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
6. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

### 3. Personas cuya edad sea mayor de 65 (sesenta y cinco) años al ingresar al seguro o en las renovaciones subsecuentes.

## Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

### 1. Invalidez Total y Permanente (Definición)

Se entenderá por invalidez total y permanente:

1. La **Invalidez Total y Permanente** que sufra el **Asegurado** a causa de enfermedad o **Accidente** que le impida permanentemente para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social para el resto de su vida. A fin de determinar esta invalidez y en su caso proceder al pago de la suma asegurada, se requerirá que la **Invalidez Total y Permanente** haya ocurrido una vez transcurrido el **Periodo de Carencia** de manera continua, que haya transcurrido el **Periodo de Espera** y que haya sido continua durante este periodo, según lo señalado en la Carátula de la Póliza y/o **Certificado Individual**; o
2. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, o una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se tomará en cuenta el **Periodo de Espera** señalado en el numeral 1, anterior.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

### 2. Bases para Considerar que un Dictamen tiene plena validez

A fin de determinar el estado de **Invalidez Total y Permanente**, el **Asegurado** deberá presentar a la **Compañía Aseguradora**, además de lo establecido en la cláusula de pruebas y en el apartado de Documentación Requerida en Caso de **Siniestro**, el dictamen de **Invalidez Total y Permanente** avalado por una institución o **Médico** con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que serán evaluados por un **Médico** especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el **Asegurado** dentro de los previamente designados por la **Compañía Aseguradora** para estos efectos y en caso de proceder el estado de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía Aseguradora** cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

El **Médico** de la Institución que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.

Se deberá tomar en cuenta, de acuerdo con la normatividad, que si el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

### 3. Pago de la Suma Asegurada por Invalidez total y permanente (ITP):

Si el **Asegurado** sufre un estado de **Invalidez Total y Permanente** mientras esta Póliza y el **Certificado Individual** se encuentren en vigor, la **Compañía Aseguradora** le pagará en una sola exhibición la suma asegurada en vigor de esta cobertura, siempre y cuando haya transcurrido el **Periodo de Carencia**, e inmediatamente después de transcurrido el **Periodo de Espera** señalados en la Carátula de la Póliza y/o **Certificado Individual** y de conformidad con la definición de **Invalidez Total y Permanente**. El **Asegurado** será separado del **Grupo** en caso de ocurrir la **Invalidez Total y Permanente** del mismo.

### 4. Exención del Pago de Primas por Invalidez total y permanente (E):

Si el **Asegurado** sufre un estado **Invalidez Total y Permanente** mientras esta Póliza y el **Certificado Individual** se encuentren en vigor, la **Compañía Aseguradora** eximirá al **Asegurado** del pago de las primas que le corresponden,



inmediatamente después de transcurrido el **Periodo de Espera** según lo estipulado en la carátula de la Póliza, citado en la definición de **Invalidez Total y Permanente**, que venzan después de que se declaró el estado de dicha invalidez, mientras esté con vida e independientemente de que la Póliza se encuentre en vigor.

#### **5. Exención del Pago de Primas por Invalidez total y permanente a un año (E1):**

Si el **Asegurado** sufre un estado de **Invalidez Total y Permanente** mientras esta Póliza y el **Certificado Individual** se encuentren en vigor, la **Compañía Aseguradora** eximirá al **Asegurado** del pago de las primas que le corresponden, al plazo que inicia inmediatamente después de transcurrido el **Periodo de Espera** según lo estipulado en la carátula de la Póliza y finaliza en el primer aniversario de la fecha de emisión de la Póliza y/o del **Certificado Individual** posterior a la fecha en la que se dictamine el estado de **Invalidez Total y Permanente**. La **Compañía Aseguradora** garantizará esta protección, sin importar que el **Asegurado** sea separado del **Grupo** por su condición de invalidez.

#### **6. Pruebas**

1. Declaración de **Siniestro** a la **Compañía Aseguradora** en los formatos que la misma proporcione.
2. Original o copia certificada del Dictamen de **Invalidez Total y Permanente**.
3. Original o copia del acta de nacimiento del **Asegurado**.
4. Copia de identificación oficial del **Asegurado**.

La comprobación del estado de **Invalidez Total y Permanente** será por cuenta del **Asegurado** a la **Compañía Aseguradora**.

#### **7. Exclusiones**

**Las coberturas por Invalidez Total y Permanente no cubren:**

1. A personas cuya edad sea mayor de 65 (sesenta y cinco).
2. Estado de Invalidez Total originado por:
  1. Accidentes originados por encontrarse en estado de ebriedad, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la autoridad respectiva. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
  2. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentren realizando actividades de trabajo.
  3. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, salvo cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
  4. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
  5. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
  6. Lesiones derivadas de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
  7. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.

8. Lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similar no prescrito por un Médico. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
9. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.
10. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
11. Radiaciones Atómicas, nucleares, químicas y/o biológicas.
12. Intento de suicidio, lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.
13. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
14. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

## Cobertura de Gastos Funerarios

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

### 1. Gastos Funerarios (GF)

En caso de ocurrir el fallecimiento del **Asegurado**, la **Compañía Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** la suma asegurada contratada correspondiente a esta cobertura.

Esta cobertura estará orientada a que los **Beneficiarios**, cuente con recursos para cubrir el costo por servicios funerarios.

### 2. Límite de Cobertura

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la Póliza y/o el **Certificado Individual**.

## Cobertura por Enfermedad Cerebro Vascular

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

### 1. Enfermedad Cerebrovascular (ECV)

La **ECV** es el desarrollo repentino de signos clínicos de afectación focal o global de las funciones cerebrales con síntomas que duran al menos 24 (veinticuatro) horas, que pueden llevar al individuo a la (Definición) muerte, sin ninguna otra causa aparente que una de origen vascular. No se incluyen los diagnósticos que indican **ECV** transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas

### 2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado** el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado** y sea diagnosticado formalmente, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, la **Enfermedad Cerebrovascular**.

La cobertura sólo aplica para la primera **Enfermedad Cerebrovascular** en la vida del **Asegurado**.

### 3. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del evento especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

### 4. Exclusiones

**Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, tampoco quedarán amparados por esta Póliza:**

1. **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
2. **Reclamaciones derivadas de hipertensión arterial.**
3. **Reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
4. **Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.**
5. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.**

### 5. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los eventos especificados, en el apartado de Cobertura, aunque está obligado al pago de las respectivas primas.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

### 6. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial vigente del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del evento.
6. Presentación del acta del ministerio público, cuando el evento sea provocado por **Accidente**.
7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el evento, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

## **Cobertura por Infarto Agudo al Miocardio**

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

### **1. Infarto Agudo (Definición)**

Es el infarto de miocardio espontáneo relacionado con isquemia y consecuencia de un evento coronario al Miocardio primario como puede ser erosión y/o ruptura, fisuración o disección de placa.

### **2. Cobertura**

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado** el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado** y sea diagnosticado formalmente, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, el **Infarto Agudo al Miocardio** comprometiendo más del 30% (treinta por ciento) del músculo cardiaco, en un solo **evento**.

La cobertura solo aplica para el primer infarto al miocardio en la vida del **Asegurado**.

### **3. Divergencias**

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del evento especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

#### 4. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, tampoco quedarán amparados por esta Póliza:

1. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. Reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
3. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
4. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

#### 5. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los eventos especificados, en el apartado de Cobertura, aunque está obligado al pago de las respectivas primas.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

#### 6. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial vigente del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del evento.
6. Presentación del acta del ministerio público, cuando el evento sea provocado por **Accidente**.
7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el evento, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación internacional de Enfermedades) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

## Cobertura por Cáncer

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

### 1. Cáncer (Definición)

Es un **Grupo** de enfermedades en las que algunas células muestran trazos de crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales), invasión (intrusión en y destrucción de los tejidos adyacentes), y en ocasiones metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo a través de la linfa o la sangre).

### 2. Cáncer de Piel (Definición)

Es un crecimiento maligno en la piel consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.

### 3. Cáncer in Situ (Definición)

Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal pero que presenta las características histológicas de un cáncer invasivo.

### 4. Tumor Maligno (Definición)

Un tumor maligno se forma por células que son diferentes a las de un órgano sano y que tienen la posibilidad de invadir el tejido contiguo y dar siembras (metástasis) por vía sanguínea a otros órganos del cuerpo.

### 5. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado** el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado** y sea diagnosticado formalmente un **Tumor Maligno** de conformidad con la definición especificada, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

### 6. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del evento especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

### 7. Exclusiones

**Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará:**

1. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de Cáncer In Situ.
2. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de Cáncer de Piel.

3. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
5. Se excluye cualquier enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta Póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del periodo de cobertura.
6. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

#### 8. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los eventos especificados, en el apartado de Cobertura, aunque está obligado al pago de las respectivas primas.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

#### 9. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial vigente del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del evento.
6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el evento, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

#### Cobertura por Cáncer Femenino

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

### 1. Cáncer de Mama (Definición)

Tumor que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria. El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

### 2. Cáncer Cervicouterino (Definición)

El cáncer cervicouterino es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

### 3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar a la **Asegurada** el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra a la **Asegurada** y sea diagnosticado formalmente el **Cáncer de Mama** o **Cáncer Cervicouterino**, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

### 4. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del médico que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

### 5. Exclusiones

**Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de:**

1. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
2. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
3. **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
4. **Se excluye cualquier enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta Póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del periodo de cobertura.**
5. **Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.**



## **6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.**

### **6. Periodo de Carencia**

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo.

Durante este **Periodo de Carencia**, la **Asegurada** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los eventos especificados, en el apartado de Cobertura, aunque está obligada al pago de las respectivas primas.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

### **7. Requisitos**

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial vigente del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el médico tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del evento.
6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el evento, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

## **Cobertura por Cáncer Masculino**

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

### **1. Cáncer de Próstata (Definición)**

Se trata de un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática.

### **2. Cáncer de Pulmones (Definición)**

Se le denomina cáncer pulmonar, cáncer bronco pulmonar o carcinoma bronco génico, para identificar a cualquier tumor maligno de estirpe epitelial originado en el epitelio de revestimiento o glandular del árbol bronquial, quedando de este modo excluidos los tumores benignos, los mesenquimáticos, los pleurales, los metastásicos y otros que aunque comprometen a tejidos del tórax se propagan desde territorios vecinos.

### **3. Cáncer de Testículos (Definición)**

Tumor maligno germinal gonadal o extragonadal que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral.

#### 4. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado** el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado** y sea diagnosticado formalmente el **Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmones o Cáncer de Testículos**, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

#### 5. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del evento especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del médico que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

#### 6. Exclusiones

**Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de:**

1. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
2. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
3. **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se previamente a la celebración del contrato: haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
4. **Se excluye cualquier enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta Póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del periodo de cobertura.**
5. **Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.**
6. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.**

#### 7. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los eventos especificados, en el apartado de Cobertura, aunque está obligado al pago de las respectivas primas.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

## 8. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial vigente del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el médico tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del evento.
6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el evento, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

## Cobertura para Enfermedades Críticas

---

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

### 1. Cáncer (Definición)

Es un **Grupo** de enfermedades en las que algunas células muestran trazos de crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales), invasión (intrusión en y destrucción de los tejidos adyacentes), y en ocasiones metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo a través de la linfa o la sangre).

### 2. Cáncer de Piel (Definición)

Es un crecimiento maligno en la piel consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.

### 3. Cáncer in Situ (Definición)

Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal pero que presenta las características histológicas de un cáncer invasivo.

### 4. Enfermedad Cerebrovascular (ECV) (Definición)

La ECV es el desarrollo repentino de signos clínicos de afectación focal o global de las funciones cerebrales con síntomas que duran al menos 24 (veinticuatro) horas, que pueden llevar al individuo a la muerte, sin ninguna otra causa aparente que una de origen vascular. No se incluyen los diagnósticos que indican ECV transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas.

### **5. Infarto Agudo al Miocardio (Definición)**

Es el infarto de miocardio espontáneo relacionado con isquemia y consecuencia de un evento coronario primario como puede ser erosión y/o ruptura, fisuración o disección de placa.

### **6. Septicemia (Definición)**

Enfermedad sistémica asociada con la presencia y persistencia de microorganismos patógenos o de sus toxinas en sangre.

### **7. Trasplante (Definición)**

Transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta, al objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica.

#### **Trasplante**

##### **de Corazón (Definición)**

Extracción quirúrgica del corazón de un donante y transferencia a un receptor.

##### **de Córnea (Definición)**

Es el procedimiento quirúrgico para reemplazar una córnea dañada con una sana del ojo de un donador.

##### **de Hígado (Definición)**

Es el procedimiento quirúrgico en el cual se injerta tejido hepático en el hígado enfermo.

##### **de Médula Ósea (Definición)**

Es el procedimiento mediante el cual una sección de la médula ósea se toma de una persona y se trasplanta a otra con el fin de reemplazar la estructura enferma o de restaurar una función orgánica.

##### **de Páncreas (Definición)**

Extracción quirúrgica del páncreas de un donante y su transferencia a un receptor.

##### **de Pulmón (Definición)**

Es la transferencia de uno o de ambos pulmones de un ser humano a otro. También se puede realizar como trasplante cardio-pulmonar, i.e. la transferencia simultánea, o casi simultánea, del corazón y los pulmones de un ser humano a otro.

##### **de Riñones (Definición)**

Extracción quirúrgica del riñón de un donante y su transferencia a un receptor.

### **8. Tumor Maligno (Definición)**

Un tumor maligno se forma por células que son diferentes a las de un órgano sano y que tienen la posibilidad de invadir el tejido contiguo y dar siembras (metástasis) por vía sanguínea a otros órganos del cuerpo.

### **9. Cobertura**

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado** el pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado** y sea diagnosticado formalmente, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, uno de los siguientes **eventos**:

1. **Infarto agudo al miocardio** comprometiendo más del 30% del músculo cardíaco.
2. **Enfermedad cerebrovascular.**
3. **Septicemia** (excepto SIDA).

4. **Tumor Maligno.**

5. **Trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, médula ósea** (excepto auto trasplante), **riñones y córnea.**

## 10. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

## 11. Exclusiones

**Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará:**

1. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de Cáncer de Piel.
2. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de Cáncer In Situ.
3. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. En reclamaciones derivadas de hipertensión arterial.
5. En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
6. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

## 12. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los eventos especificados, en el apartado de Cobertura, aunque está obligado al pago de las respectivas primas.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

### 13. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial vigente del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del evento.
6. Presentación del acta del ministerio público, cuando el evento sea provocado por **Accidente**.
7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el evento, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

## Operatividad

---

### 1. Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un **Siniestro** se descubre que la suma asegurada que aparece en el **Certificado Individual** no concuerda con la regla para determinarla, la **Compañía Aseguradora** pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** por su propio derecho, o a solicitud del **Contratante**, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el **Certificado Individual**.

En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

### 2. Ajuste por Edad

Si se comprueba que al expedirse la Póliza, la edad real del **Asegurado** se encontraba fuera de los límites de admisión, la **Compañía Aseguradora** considerará rescindido el contrato, respecto al miembro del **Grupo** cuya edad haya estado fuera del límite, devolviendo al **Contratante** la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

Si en vida del **Asegurado** se comprueba que al expedirse la Póliza su edad real era:

1. **Mayor que la Declarada:** La obligación de la **Compañía 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.
2. **Menor que la Declarada:** La **Compañía Aseguradora** 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 real.

Si después de ocurrido un **Siniestro**, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del **Asegurado** y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la **Compañía Aseguradora** pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo a la edad real.

### 3. Altas

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

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

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

### 4. Bajas

Las personas que se separen definitivamente del **Grupo Asegurado**, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el **Certificado individual** expedido. En este caso, la **Compañía Aseguradora** restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En caso de que se haya contratado la cobertura de **Invalidez Total y Permanente** y la causa de baja sea por motivo del riesgo cubierto por esta cobertura, sus efectos se iniciarán conforme a lo previsto específicamente.

### 5. Cambio de Contratante

Cuando el **Grupo Asegurado** esté constituido por empleados u obreros de un mismo patrón o empresa y haya un cambio de **Contratante**, la **Compañía Aseguradora** podrá rescindir el contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo **Contratante**. La **Compañía Aseguradora** reembolsará a éste la prima no devengada.

### 6. Designación de Beneficiarios

En las coberturas por fallecimiento, anticipo parcial por fallecimiento, gastos funerarios, o muerte accidental se pagará la suma asegurada procedente a los **Beneficiarios** designados por el **Asegurado** y que consten en la designación correspondiente firmada por él.

En las coberturas por **Invalidez Total y Permanente** o **pérdida de miembros**, anticipo de suma asegurada por enfermedad en fase terminal, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, cáncer, cáncer femenino, cáncer masculino y enfermedades críticas se pagará la suma asegurada procedente al mismo **Asegurado**.

### 7. Derecho de los Asegurados a separarse del Grupo

La **Compañía Aseguradora** tendrá la obligación de asegurar, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del **Grupo Asegurado**, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno.

Este derecho queda sujeto a lo que se estipula a continuación:

1. El plan de Vida Individual será cualquiera que comercialice la **Compañía Aseguradora** y no incluirá beneficio adicional alguno.
2. La edad alcanzada por el **Asegurado** en la nueva fecha de efectividad deberá estar dentro de los límites de aceptación con los que opere la **Compañía Aseguradora** en el plan de que se trate.
3. La fecha de efectividad del nuevo seguro será la misma en la que se separe del **Grupo Asegurado**.
4. La nueva suma asegurada no podrá ser superior a la suma asegurada vigente en la fecha de la separación salvo que el **Asegurado** presente a la **Compañía Aseguradora** pruebas de asegurabilidad.
5. La prima del nuevo seguro se calculará con la edad alcanzada por el **Asegurado** en la fecha de separación del **Grupo Asegurado**, con base en las tarifas en vigor de las coberturas solicitadas.
6. La solicitud correspondiente deberá ser recibida por la **Compañía Aseguradora** hasta 30 (treinta) días naturales después de la fecha de separación.

## 8. Límites de Edad de Admisión

Salvo pacto en contrario, los límites de edad de aceptación para este Contrato son:

Límite Mínimo	12 (doce) años
Límite Máximo	69 (sesenta y nueve) años
Límite Máximo	64 (sesenta y cuatro) años para las coberturas adicionales.
Edad de Cancelación	70 (setenta) años
Edad de Cancelación	65 (sesenta y cinco) años para las coberturas adicionales.

Se considerará como edad de aceptación o renovación la que el **Asegurado** o alguno de sus dependientes económicos tengan al momento de la celebración del Contrato.

La **Compañía Aseguradora** podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los **Asegurados**, tales como: acta de nacimiento, cartilla militar, pasaporte o credencial de elector. La **Compañía Aseguradora** registrará en la Póliza la edad del **Asegurado**.

## 9. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el **Contratante**, la **Compañía Aseguradora** mantendrá un registro de **Asegurados** mismo que deberá contener la siguiente información:

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

A solicitud del **Contratante** la **Compañía Aseguradora** deberá entregar copia de dicho registro.

En aquellos casos en los que la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante** hayan convenido que la administración de la Póliza sea llevada a cabo de forma autoadministrada, se deberá establecer en el **Endoso** respectivo, que la **Compañía Aseguradora** tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de **Grupo** para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.



## 10. Reporte de Movimientos

El **Contratante** debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

## 11. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula **Pago de Primas**, del apartado de Cláusulas Generales, el **Contratante** podrá previa aceptación de la **Compañía Aseguradora**, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al último día del plazo señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado, en ese caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este 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 y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el **Contratante** solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la **Compañía 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 (cuarenta) 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 rehabilitado el seguro 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 **Compañía 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.

En ningún caso, la **Compañía Aseguradora** responderá de **Siniestros** ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora, día de pago a que se refiere esta cláusula.

## 12. Seguro de Grupo Prestación Laboral

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se observará lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la **Compañía Aseguradora** tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del **Grupo Asegurado** que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la **Compañía Aseguradora**. Para ejercer este derecho, la persona separada del **Grupo Asegurado** deberá presentar su solicitud a la **Compañía Aseguradora**, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la **Compañía Aseguradora**, considerando la edad alcanzada del **Asegurado** al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la **Compañía Aseguradora** la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

Para el caso de los Seguros de **Grupo** cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de **Contratante** la **Compañía Aseguradora** podrá:

- II. Tratándose de Seguros de **Grupo**, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al **Grupo**, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo **Contratante**.

En cualquier caso, la **Compañía Aseguradora** reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de **Grupo** para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

### 13. Administración

Salvo pacto en contrario esta Póliza se emitirá con el detalle completo para cada uno de los **Asegurados** (Administrada).

El reporte de altas y bajas se realizará al final de la vigencia. Con esta información se calculará el ajuste anual. En este caso la administración de la Póliza es llevada a cabo por el **Contratante**, por lo que la **Compañía Aseguradora** tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de **Grupo** para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y al Reglamento mencionado.

El ajuste anual se realizará a días exactos tomando como base 360 días por año Póliza.

## Indemnizaciones

---

### 1. Acción Directa de los Beneficiarios

Los **Beneficiarios** designados tendrán acción directa para cobrar a la **Compañía Aseguradora** la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.

### 2. Aviso de Siniestro

Cualquier evento que pueda originar una indemnización, en los términos de esta Póliza, deberá ser notificado por escrito a la **Compañía Aseguradora** dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

### 3. Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el **Siniestro** no hubiere **Beneficiarios** designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el **Asegurado** sin que exista nueva designación, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del **Asegurado**.

### 4. Interés por Mora

Si la **Compañía Aseguradora** no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha 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 VII 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 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 de vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día inmediato anterior a aquél 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 éste 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 dice 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

VI. 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 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.

## 5. Pago de la Suma Asegurada

La **Compañía Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** correspondientes, la indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

## 6. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al **Contratante** a reintegrar el pago a la **Compañía Aseguradora**.

## 7. Pruebas

El reclamante presentará a su costa a la **Compañía Aseguradora** todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

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

La **Compañía 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 realización y las consecuencias del mismo.

## 8. Responsabilidad Máxima

Para cada cobertura contratada la responsabilidad máxima por cada **Asegurado** de la **Compañía Aseguradora** será la **SAMI** que se señala en la carátula de esta Póliza y/o en el **Certificado Individual**, salvo que exista aceptación específica de una mayor responsabilidad.

## Documentación Requerida en Caso de Siniestro

---

A continuación se detalla la documentación que se deberá presentar en las oficinas de la **Compañía Aseguradora**.

### 1. Fallecimiento

Deberá ser presentada por los **Beneficiarios** o sus representantes legales:

1. Acta de defunción en original o copia certificada del Registro Civil.
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada y necropsia de ley. Estos documentos serán necesarios solo en caso de **Accidente**, suicidio u homicidio.
3. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Designación de **Beneficiarios** firmada por el **Asegurado**.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**, así como una copia de cada identificación. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
7. Último recibo de nómina (en caso de que la regla de suma asegurada este con base al sueldo).

### Beneficio Adicional de Anticipo Parcial al Fallecimiento del Asegurado

En caso de reclamar el Beneficio Adicional de Anticipo Parcial al Fallecimiento del **Asegurado**, bastará únicamente con la presentación de:

1. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
2. Designación de **Beneficiarios** firmada por el **Asegurado**.
3. Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**, así como una copia de cada identificación. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
4. Original del certificado de defunción.

### 2. Invalidez

Deberá ser presentada por el **Asegurado** o su representante legal:

1. Acta de nacimiento en original y copia del **Asegurado**.
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada. Estos documentos serán necesarios solo en caso de **Accidente**, intento de suicidio u intento de homicidio.
3. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Dictamen de invalidez del IMSS, del ISSSTE, de **Médico** con cédula profesional certificado y especialista en la materia, o bien el historia clínica en donde se estipulen todos los detalles que muestre las causas que originaron la **Invalidez Total y Permanente**.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Identificación oficial vigente del **Asegurado**, así como una copia. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
7. Todos los estudios, exámenes, análisis, documentos, así como sus interpretaciones que fueron necesarios para corroborar el estado de **Invalidez Total y Permanente**.
8. Último recibo de nómina (en caso de que la regla de suma asegurada este con base al sueldo).

### 3. Pérdida de Miembro

Deberá ser presentada por el **Asegurado** o su representante legal:

1. Acta de nacimiento en original y copia del **Asegurado**.
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada. Estos documentos serán necesarios solo en caso de **Accidente**, intento de suicidio u intento de homicidio.
3. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Dictamen de **Pérdida de Miembro** del IMSS, del ISSSTE o bien informe médico en donde se estipulen todos los detalles que muestre las causas que originaron la **Pérdida de Miembro**.
5. Formato de aviso de Siniestro (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Identificación oficial vigente del **Asegurado**, así como una copia. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
7. Todos los estudios, así como sus interpretaciones que fueron necesarios para corroborar la **Pérdida de Miembro**.
8. Último recibo de nómina (en caso de que la regla de suma asegurada este con base al sueldo).

### 4. Enfermedad en Fase Terminal

Deberá ser presentada por el **Asegurado** o su representante legal:

1. Acta de nacimiento en original y copia del **Asegurado**.
2. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
3. Dictamen médico en el que se diagnostique la enfermedad.
4. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
5. Identificación oficial vigente del **Asegurado**, así como una copia. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
6. Todos los estudios, así como sus interpretaciones que fueron necesarios para corroborar la **Enfermedad en Fase Terminal**.

### 5. Gastos Funerarios

Deberá ser presentada por los **Beneficiarios** o sus representantes legales:

1. Certificado de Defunción.
2. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
3. Designación de **Beneficiarios** firmada por el **Asegurado**.
4. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
5. Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**, así como una copia de cada identificación. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
6. Último recibo de nómina (en caso de que la regla de suma asegurada este con base al sueldo).

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de noviembre de 2016, con el número CNSF-S0039-0776-2016 / CONDUSEF-001922-03.

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

---

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

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

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

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

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

### **Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:**

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de mayo de 2015, con el número RESP-S0039-0471-2015 / CONDUSEF-001922-03.



## Cláusula OFAC

---

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de marzo de 2013, con el número CGEN-S0039-0092-2013 / CONDUSEF-001922-03.

## Aviso de Privacidad

---

(Fecha de Última Actualización: mayo 2016)

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

### ¿Qué datos personales recabamos de usted?

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

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

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

### ¿Cómo obtenemos sus datos personales?

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

### ¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?

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

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

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestra industria o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de Chubb o las empresas que forman parte de Chubb Group en México 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](mailto: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](mailto: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](mailto:datospersonales@chubb.com), o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

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

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

Usted puede utilizar los formularios que para estos efectos Chubb pone a su disposición en su página de internet [www.chubb.com/mx](http://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](mailto:datospersonales@chubb.com) o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

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

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

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

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

Si requiere mayor información del ejercicio de sus derechos ante Chubb, favor de enviar un correo electrónico a la dirección [datospersonales@chubb.com](mailto: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](http://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, Distrito Federal, 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](http://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](http://www.chubb.com/mx)