



ABA | Seguro
de Orfandad

de Chubb Seguros México, S.A.

Plan de Educación Garantizada

Contenido

Sección Primera Definiciones	3
Sección Segunda Coberturas	4
Sección Tercera Exclusiones	6
Sección Cuarta Administración de Indemnizaciones	7
Sección Quinta Procedimientos	8
Sección Sexta Cláusulas Generales	..9
Cuestionario de Salud y Formulario de Inscripción al Plan de Educación Garantizada de Chubb Seguros México, S.A	13
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida	17
Cláusula OFAC	18
Aviso de Privacidad	19

Plan de Educación Garantizada

Sección Primera Definiciones

Para los efectos de esta Póliza, cada una de las siguientes palabras y frases tendrán el siguiente significado:

- 1. Asegurado:** Es la persona que a solicitud del Contratante ha quedado amparada bajo esta Póliza.
- 2. Compañía:** Chubb Seguros México, S.A.
- 3. Accidente Cubierto:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el Asegurado.
- 4. Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro, en caso de ocurrir el evento por el cual se celebra el contrato de seguro.
- 5. Contrato:** Esta Póliza, la solicitud, las cláusulas adicionales y los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se agreguen, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Asegurado y la Compañía.
- 6. Contratante:** Es la persona física o moral con la que se celebra el contrato de seguro.
- 7. Desempleo Involuntario:** Significa que el Asegurado haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad, perdiendo dicha fuente de ingreso.
- 8. Hospital:** Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.
- 9. Invalidez Temporal Total por Accidente:** Se entenderá como Invalidez Temporal Total por Accidente a la incapacidad total que sufre el Asegurado por causa de un accidente para el desempeño de su trabajo habitual, siendo necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mayor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.
- 10. Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.
- 11. Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Se entenderá por incapacidad total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo de seis (6) meses establecido en la carátula de la Póliza.

Causas Inmediatas de Invalidez

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente sin que opere el periodo de espera de seis (6) meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos;
- La pérdida de ambas manos o ambos pies;
- La pérdida de una mano y un pie; y
- La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo.

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-tarsana o arriba de ella.

Bases para considerar que un dictamen tiene plena validez

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez 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 para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

12. Protección Contratada: La suma asegurada contratada para cada beneficio en esta Póliza será indicada como Protección Contratada, misma que aparecerá en la carátula de la Póliza.

Sección Segunda Coberturas

Beneficio Básico

1. Beneficio Educativo por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario la Protección Contratada para el Beneficio Educativo por Fallecimiento indicado en la carátula de la Póliza.

Beneficios Opcionales

La Compañía pagará al Asegurado la Protección Contratada del beneficio que se señala a continuación, siempre y cuando el beneficio esté indicado en la carátula de la Póliza, en los términos y condiciones que para este beneficio se establecen en la presente cláusula y hasta los límites máximos que se señalan para el beneficio en la carátula de la Póliza.

1. Pago Mensual Educativo por Desempleo

Si el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria mientras el Seguro se encuentre vigente perdiendo en consecuencia tal fuente de ingreso, la Compañía pagará la Protección Contratada indicada en la carátula de la Póliza hasta por un periodo máximo de cuatro (4) meses o hasta que el Asegurado se incorpore a un trabajo, lo que ocurra primero.

El monto de la Protección Contratada para esta cobertura estará indicado en la carátula de la Póliza como Renta Mensual.

Periodo de Espera de Desempleo Involuntario

Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y que estará estipulado en la carátula de la Póliza.

Deducible o Periodo de Eliminación de Desempleo

Se define como el periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, el cual se estipula en la carátula de la Póliza y durante el cual el Asegurado no estará amparado. Terminando éste y de persistir el desempleo, se dará inicio al pago del beneficio en los términos de la Póliza.

Comprobación del Desempleo Involuntario

En las denuncias de desempleo involuntario, la Compañía solicitará la información y documentación siguiente:

- a) Denuncia inmediata por escrito del desempleo involuntario ante la Compañía;
- b) Finiquito/liquidación o laudo arbitral de la Junta de Conciliación y Arbitraje;
- c) Alta y Baja del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.);
- d) Copia del contrato con la empresa en que laboraba.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Después de recibir todos los documentos que permitan conocer el fundamento de la reclamación, para poder dictaminar si procede o no y, en caso de que ésta proceda, la Compañía indemnizará al Contratante, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de recepción de los documentos antes mencionados.

Elegibilidad

Sólo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza estén empleadas de tiempo completo, trabajen bajo un contrato definitivo para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes y hayan trabajado ininterrumpidamente al menos doce (12) meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza.

Indemnización

Si el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un periodo que exceda el periodo de eliminación especificado en la carátula o el certificado de la Póliza, la Compañía pagará al Contratante en rentas mensuales la Protección Contratada por cada mes que el Asegurado permanezca desempleado, hasta por un periodo máximo de cuatro (4) meses especificado en la carátula o el certificado de la Póliza contados dentro de un periodo anual de doce (12) meses consecutivos. La responsabilidad de la Compañía por periodos menores a un (1) mes se pagará a razón de un treintavo (1/30 va.) del pago correspondiente a la renta mensual aplicable por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

2. Pago Mensual Educativo por Invalidez Total Temporal por Accidente

Si el Asegurado ha contratado este beneficio y si como consecuencia de un Accidente Cubierto el Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de Invalidez Total, la Compañía pagará la Protección Contratada para esta cobertura en rentas mensuales mientras subsista dicho estado y por un periodo que no excederá de seis (6) meses contados desde la fecha del accidente, periodo de cobertura que estará especificado en la carátula de la Póliza.

El monto de la Protección Contratada para esta cobertura estará indicado en la carátula de la Póliza como Renta Mensual.

En caso de que se agote el periodo máximo de beneficio de esta Póliza, deberán transcurrir por lo menos seis (6) meses a partir del último mes de beneficio pagado para que el mismo quede reinstalado, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente y hasta por un máximo de dos (2) reinstalaciones.

3. Beneficio Educativo por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si el Asegurado ha contratado este beneficio y si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre de un estado de invalidez total y permanente, la Compañía, una vez transcurrido el plazo de espera de seis (6) meses a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, pagará la Protección Contratada para esta cobertura indicada en la carátula de la Póliza.

4. Beneficio Educativo Universitario Complementario por Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará adicionalmente al Beneficiario la Protección Contratada para el Beneficio Educativo Universitario Complementario por Fallecimiento indicado en la carátula de la Póliza.

Sección Tercera Exclusiones

1. Para el Pago Mensual Educativo por Desempleo

La Compañía no pagará indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:

- a) Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del periodo de espera de Desempleo Involuntario especificado en el certificado de la Póliza; esto opera cada vez que ingrese a la Póliza.
- b) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.
- c) Renuncia o pérdida voluntaria del empleo del Asegurado.
- d) Participar en paros, disputas laborales o huelgas.
- e) Programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.
- f) Condiciones mentales del Asegurado.
- g) Pérdida de empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.
- h) Terminación de un contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del Asegurado.
- i) La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones de la Ley Federal del Trabajo.

2. Para el Pago Mensual Educativo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Beneficio Educativo por Invalidez Total y Permanente por Accidente.

La Compañía no pagará indemnización alguna con respecto a cualquier estado de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Invalidez Total y Permanente por Accidente que resulte de:

- a) Accidentes por participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, o actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.

- b) **Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:**
- i. **Aviación Privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
 - ii. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.**
 - iii. **Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el Asegurado.**
 - iv. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- c) **Tentativa de suicidio y mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- d) **Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente Cubierto.**

3. Para el Beneficio Educativo por Fallecimiento y Beneficio Educativo Universitario Complementario por Fallecimiento.

La Compañía no pagará indemnización alguna con respecto al fallecimiento del Asegurado como consecuencia de:

- a) **Suicidio, si éste ocurre dentro de los dos (2) primeros años de vigencia de la Póliza.**

Sección Cuarta Administración de Indemnizaciones

Aviso

Cualquier evento que pueda ser de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización. El retraso en la notificación no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que éste se debió a causas de fuerza mayor o caso fortuito y que la notificación se realizó tan pronto como cesó uno u otro.

Pruebas

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Pago

La Compañía pagará la indemnización que proceda dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización reclamada.

Sección Quinta Procedimientos

Terminación de las Coberturas

Para la cobertura de Pago Mensual Educacional por Desempleo, la cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará en el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado cumpla cincuenta y nueve (59) años de edad.

Para las coberturas de Pago Mensual Educacional por Invalidez Total Temporal por Accidente y Beneficio Educativo por Invalidez Total y Permanente por Accidente, la cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará en el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado cumpla cincuenta y nueve (59) años de edad.

Para la cobertura de Beneficio Educativo por Fallecimiento y Beneficio Educativo Universitario Complementario por Fallecimiento, la cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará en el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado cumpla sesenta y nueve (69) años de edad.

Edad

Los límites fijados por la Compañía son:

Dieciocho (18) años como mínimo y cincuenta y nueve (59) años como máximo.

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

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

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

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato (artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cancelación del Seguro

A petición del Contratante:

El Contrato de Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Compañía; la cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

Cancelación Automática

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

- a) Fallecimiento del Asegurado;
- b) Que la Prima no sea cubierta.

Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula de Primas, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago en fraccionado, en ese caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este Seguro se rehabilitarán a partir de los días y hora señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

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

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá como rehabilitado el Seguro desde las cero (0) 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 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.

Sección Sexta **Cláusulas Generales**

Forman parte de este contrato y constituyen prueba del mismo, la solicitud del Seguro, esta Póliza y los endosos adicionales que se le agreguen.

Vigencia

Este contrato estará vigente durante el periodo del seguro pactado en el certificado de la Póliza.

Omisiones

El Contratante y/o el Asegurado están obligados a declarar a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos que se le pregunten facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Modificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este Contrato por escrito previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía por medio de las cláusulas adicionales o endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tienen facultades para hacer concesiones o modificaciones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido ese plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza, o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Notificaciones

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social indicado en el certificado de la Póliza.

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

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

Competencia

En caso de controversia el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Moneda

Tanto el pago de la prima como de las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en moneda nacional en cualesquiera de las oficinas de la Compañía en la República Mexicana en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Primas

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su edad alcanzada en la fecha de emisión y continuando durante el plazo de pago de prima.

En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un (1) mes, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento convenida vigente en el momento de inicio del periodo de cobertura, mismo que se denominará recargo, la cual se le dará a conocer por escrito al Contratante.

El Contratante gozará de un periodo de espera de treinta (30) días naturales para liquidar el total de prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las doce (12) horas del último día del periodo de espera, los efectos del Contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o fracción pactada.

El pago de las primas podrá efectuarse mediante cargo a tarjeta de crédito, para lo cual el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

Interés Moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le hubiese sido presentada, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Prescripción

Todas las acciones derivadas de este Contrato de seguro prescriben a los 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen (Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro), salvo las excepciones consignadas en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Territorialidad

El presente Contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales.

Carencia de Restricciones

Este Contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida de los Asegurados posteriores a la contratación de la Póliza.

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 07 de octubre de 2004, con el número CNSF-S0039-0382-2004 / CONDUSEF-XXXXXX-XX.

Cuestionario de Salud y Formulario de Inscripción al Plan de Educación Garantizada de Chubb Seguros México, S.A.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

En caso de cualquier respuesta afirmativa, utilice los renglones al final de este cuestionario para dar detalles (fecha, diagnóstico, estudios realizados, resultados, evolución, tratamiento empleado, secuelas, nombre del médico tratante, etc.).

1. ¿Ha habido casos de cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, presión arterial alta, enfermedades de los riñones, enfermedades del hígado, enfermedades mentales y/o suicidio?

Sí No

¿Quién? _____

¿Cuándo? _____

2a. ¿Fuma? Sí No

¿Con qué frecuencia?

De 1 a 5 cigarros diarios De 6 a 10 cigarros diarios

Más de 10 cigarros diarios

2b. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Sí No

¿Con qué frecuencia?

De 1 a 3 veces al mes De 4 a 6 veces al mes

Más de 5 veces al mes

3. ¿Practica algún deporte? Sí No

¿Cuál? _____

¿Con qué frecuencia? _____

4. Ha observado alguna variación en su peso en los últimos meses?

Aumentó_Kg. _____ Disminuyó_____Kg.

Peso Actual _____Kg. Estatura _____Kg.

5. ¿Padece o ha padecido, ha sido estudiado o tratado por enfermedades del corazón, vasos sanguíneos, presión arterial alta, del cerebro o sistema nervioso, mentales, músculo esqueléticas, del hígado o pulmón, cáncer, diabetes, úlceras?

Sí No ¿Cuál? _____

6. ¿Ha consultado algún médico, ha sido hospitalizado o sometido a alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?

Sí No

¿Cuál? _____

7. Si es mujer: En caso de tener antecedente de embarazos previos, ¿ha tenido alguna complicación?

Sí No

¿Cuál? _____

Si contestó afirmativamente en alguna pregunta, favor de ampliar la información

(No. de Pregunta, Diagnóstico, Tratamiento y Fecha) _____

(Si requiere más espacio, por favor anexe otra hoja)

Datos de los médicos tratantes:

Médico _____ Tel. _____ Pregunta No. ()

Médico _____ Tel. _____ Pregunta No. ()

Médico _____ Tel. _____ Pregunta No. ()

Datos del solicitante

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Fecha de Nacimiento _____
 Ocupación _____
 Nombre de la empresa donde labora _____
 Domicilio _____
 Teléfono _____ Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) _____

Nota importante: No se podrá otorgar la cobertura de este seguro a aquellas personas que sean comerciantes o profesionales que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso derivado de dicha actividad.

Favor de proporcionar la siguiente información para quedar inscrito:

Datos del Padre o Tutor

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Fecha de Nacimiento _____

Datos del Alumno

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Fecha de Nacimiento _____
 Grado escolar actual _____ Colegio _____
 Dirección del Colegio _____
 Calle y Número _____ Colonia _____ Ciudad _____
 Estado _____ C.P. _____
 Teléfono casa _____ Teléfono Oficina _____ e-mail _____

Designación de Beneficiarios

Nombre	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nota Importante: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

Deseo Inscribirme en el Plan de Educación Garantizada, según la opción y forma de pago que indico a continuación:

Plan A Plan B Plan A y B Plan A y C

Plan A. Beneficio Educativo por Fallecimiento

Plan B. Pago Mensual Educativo por Desempleo

Pago Mensual Educativo por Invalidez Total Temporal por Accidente (con periodo de espera de seis (6) meses).
Beneficio Educativo por Invalidez Total y Permanente por Accidente (con periodo de espera de seis (6) meses).

Plan C. Beneficio Educativo Universitario Complementario por Fallecimiento

Pago Mensual Educativo por Desempleo.
Pago Mensual Educativo por Invalidez Total Temporal por Accidente (con periodo de espera de seis (6) meses).
Beneficio Educativo por Invalidez Total y Permanente por Accidente (con periodo de espera de seis (6) meses).

Forma de Pago Mensual Forma de Pago Anual

Autorizo cargar a mi tarjeta de crédito la cantidad de: \$ _____

Número de la Tarjeta de Crédito

Banco Emisor _____ / Fecha de Vencimiento

Visa Master Card American Express

De interés para el solicitante

De conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante deberá declarar y asentar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsas declaraciones de los hechos importantes que se le preguntan podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado.

Autorización de Cargo Automático

Autorizo a Chubb Seguros México, S.A. a realizar cargos a mi tarjeta de crédito, por concepto de pago de prima de la cobertura del seguro de acuerdo a las sumas aseguradas y periodicidad de pago que he elegido. Acepto que en caso de que el cargo no sea reportado en mi estado de cuenta correspondiente se entenderá que la prima no ha sido

pagada, por lo que, de no proceder a su pago en efectivo en las oficinas de la Compañía, el seguro se cancelará en los términos establecidos en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Por este pagaré me obligo incondicionalmente a cubrir a la orden del banco emisor de la tarjeta descrita en este documento la cantidad acordada en las condiciones estipuladas, en mi contrato de crédito suscrito con el banco de la misma.

Lugar y Fecha

Firma del Tarjetahabiente (Padre o Tutor)

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 07 de octubre de 2004, con el número CNSF-S0039-0382-2004 / CONDUSEF-XXXXXX-XX.

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

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

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

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

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

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

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

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 23 de noviembre de 2011, con el número CGEN-S0039-0271-2011 / CONDUSEF-XXXXXX-XX.

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

¿Con quién compartimos sus datos personales?

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

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

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

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

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

Nota: si este Aviso de Privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para la transferencia de sus datos personales con respecto a las finalidades que refiere el párrafo anterior.

Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o en el correo electrónico datospersonales@chubb.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modificaciones al Aviso de Privacidad; Legislación y Jurisdicción

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

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

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

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

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

Nombre:

Fecha:

Firma de conformidad: _____



Contacto

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

Tel.: 01 800 223 2001

www.chubb.com/mx