

AMERICAN EXPRESS

TRAVEL PROTECTION F2F

Operado por:



Insurance
Services

TABLA DE CONTENIDO

I. Definiciones	6
II. Objeto del Seguro	11
III. Cobertura	11
1. Gastos médicos por Emergencia Médica	11
Deportes y Actividades	13
2. Emergencia Dental	13
3. Muerte Accidental.	14
4. Gastos Funerarios por Muerte Accidental	14
5. Invalidez Total y Permanente, Pérdida Orgánica o Pérdida de la Vista	14
5.1 Invalidez Total y Permanente.	14
5.2 Pérdida Orgánica o Pérdida de la Vista	15
6. Responsabilidad Civil en el Extranjero	16
7. Robo o Extravío de Equipaje Personal	17
8. Daño al Equipaje Personal	18
9. Demora de Equipaje Personal	18
10. Robo, Daño o Pérdida de Dinero de Uso Personal	19
11. Extravío o Robo de Documentos de Identidad	20
12. Cancelación de Viaje	20
13. Interrupción del Viaje	23
14. Demora en la Salida o Cierre de Vuelo	25
14.1 Demora en Salida	25
14.2 Cierre de Vuelo	25
15. Pérdida en la Salida o Conexión de Vuelo	26
16. Sobreventa de Pasajes por la Aerolínea	27
IV. Servicios de Asistencia	27
1. Gastos de Hotel por Convalecencia del Asegurado y Boletos de Regreso para el Asegurado	27
2. Gastos de Hotel y Boleto de Regreso para el Acompañante por Convalecencia del Asegurado	28
3. Repatriación y/o Traslado a la Residencia de los Acompañantes Menores	28
4. Gastos de Viaje Redondo y Hospedaje para un Familiar	28
5. Repatriación y/o Traslado Médico del Asegurado	28
6. Repatriación y/o Traslado del Asegurado en Caso de Fallecimiento.	29
7. Traslado Médico para el Asegurado	29
8. Gastos Legales en el Extranjero	30
9. Transferencia de Efectivo al Asegurado durante el Viaje.	31
10. Asistencia por Extravío o Robo de Pasaporte o Visa del Asegurado	31
11. Envío de Medicamentos para el Asegurado.	31
12. Servicio de Concierge	31
V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS	32
VI. Cláusulas Generales	34
Abreviaturas	52
Registro	52
Notas	53

En caso de siniestro, duda sobre el uso de su seguro o de requerir un servicio de asistencia favor de contactar a la compañía a los siguientes números:

- Desde el extranjero llamar por cobrar al: **+52 55 5169 5999**
- Desde el Interior de la República Mexicana al: **01 800 911 (AMEX) 2639**
- Desde el D.F. o Área Metropolitana al: **5169 5999**

De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Es importante contar con su número de póliza al momento de comunicarse.
Para mayor información consulte las Condiciones Generales en el sitio web:
www.americanexpress.com.mx/travelprotection

RESUMEN DE COBERTURAS

ANNUAL	Essential		Advanced		Elite	
	Suma Asegurada en \$USD	Deducible en \$USD	Suma Asegurada en \$USD	Deducible en \$USD	Suma Asegurada en \$USD	Deducible en \$USD
Gastos Médicos por Emergencia Médica	300,000	No aplica	1,000,000	No aplica	1,500,000	No aplica
Emergencia Dental	300	75	2,000	75	2,000	75
Muerte Accidental	10,000	No aplica	25,000	No aplica	50,000	No aplica
Gastos Funerarios	2,000	No aplica	3,500	No aplica	3,500	No aplica
Pérdida Orgánica e Invalidez Total y Permanente	10,000	No aplica	25,000	No aplica	50,000	No aplica
Responsabilidad Civil en el Extranjero	50,000	No aplica	1,000,000	No aplica	1,000,000	No aplica
Robo o Extravío de Equipaje Personal	(\$100 por kilogramo registrado) hasta 1,000	75	(\$100 por kilogramo registrado) hasta 3,500	75	(\$200 por kilogramo registrado) hasta 7,000	75
Daño al Equipaje Personal	(\$100 por kilogramo registrado) hasta 500	75	(\$100 por kilogramo registrado) hasta 1,700	75	(\$100 por kilogramo registrado) hasta 3,500	75
Demora de Equipaje Personal	200	No aplica	500	No aplica	1,000	No aplica
Extravío o Robo de Documentos de Identidad	100	25	500	75	1,000	75
Robo, Daño o Extravío de Dinero de Uso Personal	100	25	250	75	500	75
Cancelación de Viaje	1,500	75	Costo total del viaje sin impuestos	75	Costo total del viaje sin impuestos	75
Interrupción de Viaje	1,500	75	Participación proporcional no utilizada del costo total del viaje	75	Participación proporcional no utilizada del costo total del viaje	75
Demora en la Salida o Cierre de Vuelo	100	No aplica	500	No aplica	1,000	No aplica
Pérdida de Salida o Conexión de Vuelo	100	No aplica	500	No aplica	1,000	No aplica

ANNUAL	Essential		Advanced		Elite	
	Suma Asegurada en \$USD	Deducible en \$USD	Suma Asegurada en \$USD	Deducible en \$USD	Suma Asegurada en \$USD	Deducible en \$USD
Sobreventa de Pasajes por la Aerolínea	100	No aplica	500	No aplica	1,000	No aplica
Gastos de Hotel por Convalecencia y Boleto de Regreso para el Asegurado	100 al día (máx. 5 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 10 días) + vuelo clase económica	No aplica
Gastos de Hotel por Convalecencia del Asegurado y Boleto de Regreso para el Acompañante	100 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica
Repatriación y/o Traslado a Lugar de Residencia de los Acompañantes Menores	100 al día (máx. 3 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 3 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 3 días) + vuelo en clase económica	No aplica
Boleto Viaje Redondo y Gastos de Hospedaje para un Familiar	100 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica	200 al día (máx. 10 días) + vuelo en clase económica	No aplica
Repatriación y/o Traslado Médico del Asegurado	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica
Repatriación y/o Traslado del Asegurado en Caso de Fallecimiento	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica
Traslado Médico para el Asegurado	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica
Gastos Legales en el Extranjero para el Asegurado	10,000	350	30,000	350	60,000	350
Transferencia de Fondos al Asegurado en un Viaje	Desde 350 hasta 10,000	No aplica	Desde 350 hasta 10,000	No aplica	Desde 350 hasta 10,000	No aplica
Asistencia por Extravío o Robo del Pasaporte o Visa del Asegurado	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica
Envío de Medicamentos al Asegurado	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica
Servicios de Concierge	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica	Cubierto	No aplica



I. DEFINICIONES

Siempre que se utilice una palabra con la primera letra en mayúscula en este Contrato de Seguro, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1. ACCIDENTE

Acontecimiento súbito, fortuito, único y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado, dentro de los 90 (noventa) días siguientes al mismo.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por un Asegurado en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran un solo Siniestro.

2. HOSPEDAJE

Acuerdo que se genera en situaciones de viaje y que consiste en brindar alojamiento a cambio de una tarifa, a una persona o grupo de personas.

3. CONDICIONES CLIMATOLÓGICAS ADVERSAS

Lluvia, viento, niebla, trueno o tormenta eléctrica, inundación, nieve, aguanieve, granizo, huracán, ciclón, tornado o tormenta tropical que no sea originada o no haya resultado de un suceso geológico tal como, un terremoto, erupción volcánica o tsunami.

4. PRESTADORES EN CONVENIO

Hospitales, Médicos, laboratorios, consultorios, farmacias y proveedores de equipo médico independientes, con los cuales la Compañía haya celebrado Convenio de Pago Directo. El listado de proveedores podrá ser modificado por la Compañía en cualquier momento y sin previa notificación. Este listado no limita ni en ninguna forma restringe al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Médico, Laboratorio, Gabinete, Farmacias y proveedores diversos.

Para consultar el listado de Prestadores en Convenio deberá comunicarse a los teléfonos:
Desde la Ciudad de México o Área Metropolitana al: 5169 5999

Desde el interior de la república mexicana al: 01 800 911 (AMEX) 2639

Desde el extranjero llama por cobrar al: +52 (55) 5169 5999

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica o Sanatorio, laboratorio, Gabinete o farmacia con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

La Compañía únicamente es responsable del pago a los Prestadores en Convenio o por el Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

5. COMPAÑÍA DE ASISTENCIA

La compañía designada por la aseguradora para prestar Servicios de Asistencia.

6. EQUIPAJE

La ropa, efectos personales y otros artículos que sean propiedad del Asegurado y que sean portados o llevados durante el Viaje, o que hayan sido documentados con la Empresa Transportista contando para ello con un comprobante.

7. BENEFICIARIO(S)

Para la cobertura de Muerte Accidental serán: Cónyuge, concubino (a) o conviviente e hijos, en partes iguales. A falta de estos los padres del Asegurado en igual proporción.

8. LESIÓN CORPORAL

Una laceración física identificable originada por un Accidente. La lesión resultante de la exposición del Asegurado a elementos inevitables se considerará una Lesión Corporal.

9. EMPRESA TRANSPORTISTA

La Compañía oficialmente autorizada para prestar servicios comerciales de Transporte Público de Pasajeros con rutas establecidas y sujetas a itinerarios regulares en vehículos marítimos, terrestres o aéreos.

10. PARIENTE CERCANO

Madre, padre, hermano(a), cónyuge, o bien, concubino(a), cualquier pareja en una relación reconocida por derecho que viva permanentemente en el mismo domicilio; hija, hijo, incluidos los hijos adoptivos, abuelos, nietos, suegros, yernos, nueras, cuñadas, cuñados, padrastro, hijastro, hijastra, hermanastro, tutor legal o quien ejerza la guardia y custodia.

11. ACOMPAÑANTE

Cualquier persona que viaje con el Asegurado debidamente registrada por la Empresa Transportista.

12.COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Para efectos únicamente de este Contrato de Seguro se consideran Complicaciones del Embarazo las siguientes: toxemia; hipertensión gestacional; preclamsia; embarazo ectópico; mola hidatiforme (embarazo molar); hiperémesis gravídica; hemorragia previa al parto; desprendimiento de la placenta; placenta previa; hemorragia posterior al parto; membrana retenida de la placenta; aborto; muerte fetal; secciones de cesárea de emergencia médicamente necesaria / terminación médicamente necesaria; y cualquier nacimiento prematuro o labor de parto anticipado amenazado de más de 8 semanas (o 16 semanas en caso de embarazos múltiples) antes de la fecha de parto esperada.

Dichas complicaciones deberán ser certificadas por un médico especialista.

13.CONTRATANTE

Persona física que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceras personas y que se obliga a efectuar el pago de las primas.

14. PAÍS DE RESIDENCIA

El país en donde legalmente radica El Asegurado por al menos 6 meses y tiene un domicilio de residencia al que puede referirse estando en ese país.

15. INTERRUPCIÓN

Terminación anticipada del Viaje previa notificación a La Compañía, por una emergencia.

16. PAGO DIRECTO

Beneficio que la Compañía puede otorgar, en virtud del cual la Compañía realiza el pago a los Proveedores en Convenio por la atención médica cubierta por este Contrato de Seguro que se presta al Asegurado.

En caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los Proveedores en Convenio, podrá hacer uso de este servicio, previa autorización por escrito de la Compañía, quien pagará los gastos amparados por este Contrato de Seguro a los Proveedores en Convenio, y quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos.

17. PAGO POR REEMBOLSO

Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el Asegurado y procedentes de acuerdo a lo estipulado en este Contrato de Seguro.

El pago por reembolso aplica a aquellos gastos amparados por la Póliza en donde:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la Compañía un Convenio para Pago Directo.
- b) La Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, para realizar el Pago Directo.

18. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD

Cualquier alteración a la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, en el estado fisiológico del cuerpo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones que ocurran como consecuencia inmediata o directa de aquéllas indicadas en el párrafo anterior o derivadas del tratamiento médico o quirúrgico en sí, así como cualquier recurrencia o recaída, complicación y secuelas que puedan ocurrir se considerarán como un Padecimiento o Enfermedad.



19. ENDOSO

Convenio escrito que, por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, modifica las condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

20. DEDUCIBLE

Monto fijo que aplica a los primeros gastos procedentes erogados para cada Siniestro, que corre por cuenta del Asegurado y se encuentra establecido en la Carátula de Póliza. Una vez que el monto establecido como Deducible es rebasado, comienza la obligación del pago por parte de la Compañía teniendo como límite la Suma Asegurada.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

21. RESIDENCIA

Domicilio habitual del Asegurado dentro de la República Mexicana, en el que ha radicado como mínimo seis meses.

22. VIAJE DE REGRESO

Traslado que se realiza desde el lugar de destino del Viaje hacia el lugar de Residencia del Asegurado.

23. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos al Asegurado.

Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

24. CASO FORTUITO

Cualquier suceso de cualquier tipo ajeno a la voluntad humana, de tal fuerza, magnitud o impacto que sea imposible resistir; como truenos, erupción volcánica, terremoto, caída de meteoritos, huracanes, vientos por tormenta, inundación, marea, tsunamis o cualquier otro fenómeno de la naturaleza.

25. SINIESTRO

Ocurrencia de cualquier eventualidad prevista en este Contrato de Seguro.

26. CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA

Es el acuerdo de voluntades celebrado entre la Compañía y el Asegurado, que incluye:

- a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas al momento de la contratación del seguro
- b) Carátula de Póliza
- c) Condiciones Generales
- d) Endosos
- e) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación del seguro, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

27. ASESOR LEGAL

Los abogados especialistas o sus representantes legales.

28. COSTOS DEL ASESOR LEGAL

Los honorarios y gastos en que el Asesor Legal incurra previa autorización por escrito de la Compañía.

29. PÉRDIDA DE MIEMBRO

Se entenderá por pérdida de miembro, en cuanto a las manos o a los pies, la pérdida por separación de las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos o la anquilosis total de estos órganos en cuanto a los dedos, la separación de la coyuntura metacarpofalangeal, arriba de la misma o su anquilosamiento total.

30. PÉRDIDA DE LA VISTA

La Pérdida total e irre recuperable de la función en uno o ambos ojos; se considera que esto ha ocurrido si el grado de la vista restante después de la corrección es 3/60 o menos en la escala de Snellen. (Esto significa que puede ver a 3 pies (91cm) o menos, lo que El Asegurado debería ver a 60 pies (18.2 metros).

31. CONDICIÓN MÉDICA

Cualquier Padecimiento, enfermedad, condición o lesión corporal o psicológica.

32. EMERGENCIA MÉDICA

Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propician que el Asegurado requiera de atención médica inmediata mientras se encuentre de Viaje (a 75 (setenta y cinco) kilómetros de su residencia).

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Emergencia Médica.

33. MÉDICO

Persona legalmente autorizada para el ejercicio de la profesión médica, reconocido por la ley del país en donde se aplica el tratamiento y que, al prestarlo, se encuentre en funciones dentro del alcance de su licencia y capacitación, y que no tenga una relación de parentesco con el Asegurado ni ningún Acompañante.

34. EQUIPO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA

El personal médico y de cuidado que presta los Servicios de Asistencia.

35. VIAJE DE IDA

Traslado que se realiza desde el lugar de Residencia del Asegurado u oficina hasta el destino del Viaje programado. El traslado podrá ser por carretera, vuelos, cruces por mar o ferrocarril que estén reservados antes de que comience el Viaje y que se relacionan directamente con el Viaje.

36. CONJUNTO

Los artículos que normalmente se utilizan en par.

37. PANEL

Asesores legales que pueden ser designados por la Compañía de Asistencia para que actúen en nombre del Asegurado.

38. PASAJERO

Es la persona que hace uso del Transporte Público, cuyo boleto o costo del boleto haya sido pagado; **QUEDAN EXCLUIDAS LAS PERSONAS QUE FORMEN PARTE DE LA TRIPULACIÓN O PERSONAL DEL TRANSPORTE PÚBLICO.**

39. PERIODO DEL SEGURO

La cobertura aplicará durante los primeros 45 (cuarenta y cinco) días consecutivos de cada Viaje. La cobertura para la Cancelación de Viaje inicia cuando este se reserva.

40. DINERO DE USO PERSONAL

Billetes y monedas de curso legal todo para fines privados.

41. ASEGURADO

Persona(s) designada(s) en el Contrato de Seguro sobre la(s) que recaen los riesgos amparados en él mismo.

42. RESUMEN DE LA PÓLIZA

El cuadro que enlista los montos de los beneficios en las páginas 3 y 4.

43. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Se entenderá por Enfermedad o Padecimientos Preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, a través del diagnóstico de un Médico legalmente autorizado, y/o;
- c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la



Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

44. FAMILIA ASEGURADA

Cónyuge, concubino(a) cualquier pareja, en una relación reconocida por derecho que viva permanentemente en el mismo domicilio; así como los descendientes en línea recta menores de 19 años; o bien, hasta 20 años 11 meses que sean solteros, estudiantes y que no perciban remuneración por trabajo.

45. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Cuando el Asegurado, durante el viaje y a consecuencia de un Accidente, sufra una pérdida total e irreversible de las facultades o aptitudes que le permitan desarrollar cualquier trabajo remunerado o no, por el resto de su vida.

46. TRANSPORTE PÚBLICO

El servicio prestado por vehículos marítimos o terrestres autorizados para trasladar pasajeros, con rutas preestablecidas y sujeto a rutas y horarios, así como taxis de Pasajeros tomados desde la Residencia del Asegurado hasta la terminal aérea, marítima o terrestre, en el entendido que el taxi sea parte de una Empresa Transportista legalmente establecida, y pueda ser verificado por la Compañía de Asistencia mediante el comprobante de registro.

En caso de transporte aéreo, se refiere a cualquier servicio de transporte aéreo en línea aérea comercial, nacional o internacional, conforme a los términos de la Ley de Aviación Civil.

Quedan excluidos transportes privados, en el entendido que éstos no cumplan con las características de los servicios detallados en los párrafos anteriores.

47. FAMILIAR

Madre, padre, hermano(a), cónyuge o prometido(a) o concubino(a), hijo(a), incluidos los hijos adoptivos, abuelos, nietos, suegros, yernos, nueras, cuñados, padrastros, hijastros, hermanastros, tutores legales, primos, tíos.

48. REPRESENTANTE

Cualquier persona, sea o no el Acompañante del Asegurado, que realice cualquier gestión a favor del Asegurado y que esté debidamente autorizado para hacerlo.

49. PRÁCTICA DE DEPORTES NO PROFESIONAL O AMATEUR

La realización de cualquier deporte listado en la sección de Deportes y Actividades, por el cual no se perciba remuneración de ningún tipo.

50. HUELGA O ACCIÓN INDUSTRIAL

Cualquier acción que se lleve a cabo con la intención de detener, restringir o interferir con la producción de bienes o prestación de servicios.

51. SUMA ASEGURADA

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y Siniestro cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en este Contrato de Seguro. Esta Suma Asegurada se establece de acuerdo al paquete elegido por el Asegurado al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza.

52. ACTOS ANTROPOGÉNICOS

Actos realizados por una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien, o en conexión con cualquier organización o gobierno, mediante la utilización de sustancias tóxicas, armas químicas, Biológicas o similares, material radioactivo o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice actos en contra de las personas, las cosas o servicios públicos, que produzcan alarma, temor o pánico generalizado en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad para que tome una determinación.

53. VIAJE

Es la estancia del Asegurado fuera de su Residencia por motivo de placer o negocio, y su traslado mediante Transporte Público y/o Privado desde su Residencia al lugar de destino siempre y cuando éstos estén separados por una distancia mayor a 75 (setenta y cinco) kilómetros.

Los Viajes utilizando boletos sencillos o sencillos

abiertos no están amparados a menos que los boletos de viaje de salida y regreso se hayan adquirido antes de iniciar el Viaje.

54. DESATENDIDO

Cuando el Asegurado no tiene a la vista y no está en posición de prevenir interferencias no autorizadas con sus bienes, excepto cuando se deposita en una caja de seguridad.

55. COMPAÑÍA O ASEGURADORA

AXA Seguros, S.A. de C.V.

56. ENFERMEDAD TROPICAL

Aquellas que ocurren única o principalmente en los trópicos. Se refiere a las enfermedades infecciosas que predominan en climas calientes y húmedos, como el paludismo, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la oncocercosis, la filariasis linfática, la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana y el dengue.

II. OBJETO DEL SEGURO

El objeto del presente contrato de seguro es otorgar las coberturas y servicios de asistencia contratados y estipulados en la carátula de Póliza por hechos ocurridos durante la vigencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación.

III. COBERTURA

Este Contrato de Seguro consta de coberturas y servicios de asistencia empaquetados en diferentes modalidades que el Asegurado puede contratar a su elección, los cuales se especifican en la Carátula de Póliza de Seguro y estarán sujetos a las limitaciones estipuladas.

1. GASTOS MÉDICOS POR EMERGENCIA MÉDICA

Cubre los gastos por concepto de servicios médicos, en caso de que el Asegurado presente Emergencia Médica o Complicaciones del Embarazo que requieran un tratamiento durante su Viaje.

GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Con límite en la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza, se cubrirán los gastos incurridos durante el Viaje, conforme a lo siguiente:

Todos los gastos que surjan como resultado de una Emergencia Médica que involucre al Asegurado. Esto incluye los honorarios médicos, los gastos del hospital, el tratamiento médico y todos los costos de traslado a un hospital cercano, cuando un Médico lo considere necesario, hasta el alta hospitalaria o agotamiento de la Suma Asegurada.

Todos los gastos médicos necesarios para la atención del (los) recién nacido(s) después de una Complicación en el Embarazo durante el Viaje. En caso de que en el mismo parto haya más de un nacimiento se considerará un solo evento.

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

1. La finalización de la Emergencia Médica será determinada por el Médico tratante y el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia. Los gastos derivados del tratamiento por Emergencia Médica serán cubiertos hasta la finalización de la misma o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

Cualquier gasto erogado con posterioridad a dicha finalización no será responsabilidad de la Compañía.

2. La Compañía podrá:

- a) Trasladar al Asegurado de un hospital a otro;
- b) Regresarlo a su Residencia, o trasladarlo al hospital más conveniente en el País de Residencia;

En cualquiera de los casos anteriores, el traslado se llevará a cabo siempre y cuando el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia y el Médico tratante consideren que es médicamente necesario y seguro hacerlo.

Si el Médico tratante y el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia notifica una fecha en la que es posible y práctico repatriarlo, pero el Asegurado decide no ser repatriado, la responsabilidad de la Compañía de pagar cualquier costo adicional de acuerdo con esta sección después de esa fecha, se limitará a lo que se habría pagado si se hubiera realizado la repatriación.

3. La cobertura de esta sección aplicará desde el primer día de viaje y hasta después del día de retorno reservado.

En caso de que la Emergencia Médica surja cerca del final del Viaje planeado, la cobertura continuará hasta que el Médico Tratante y el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia estén de acuerdo en que la Emergencia ha finalizado y es seguro para el Asegurado



regresar a su País de Residencia.

4. Para cualquier tratamiento en el País de Residencia, el Asegurado deberá pagar el tratamiento y posteriormente solicitar el reembolso a la Compañía.
5. Para cualquier tratamiento en el extranjero, la Compañía realizará el pago directo al Hospital, siempre que el Asegurado se ponga en contacto con la Compañía previo a dicho tratamiento. A falta de notificación previa por parte del Asegurado a la Compañía, el Asegurado deberá cubrir los gastos derivados de su tratamiento y posteriormente tramitar el reembolso conforme a las Condiciones Generales de esta Póliza.
6. Para cualquier atención médica o tratamiento ambulatorio (estancia en el Hospital menor a 24 horas) o una enfermedad o una lesión (excluyendo fracturas) el Asegurado deberá pagar el tratamiento y posteriormente solicitar el reembolso a la Compañía.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

1. Pago de Deducibles que se muestran en la carátula de la Póliza por Asegurado para cada reclamación.
2. Cualquier Enfermedad o Padecimiento Preexistente.
3. Cualquier gasto por tratamiento una vez que se haya resuelto la Emergencia Médica.
4. Cualquier reclamación que surja por condiciones relacionadas con el embarazo distintas de las Complicaciones del Embarazo que surjan después de empezar el viaje.
5. Complicaciones del Embarazo y el nacimiento prematuro durante el Viaje cuando el Médico Tratante haya considerado el embarazo como de alto riesgo.
6. Los gastos derivados de la repatriación médica cuando el Asegurado se rehúse injustificadamente a usar los servicios de repatriación médica que la Compañía proporcione.

Si el Asegurado opta por utilizar servicios de repatriación médica distintos a los proporcionados por la Compañía, deberá notificar a ésta de manera anticipada y por escrito asumiendo el riesgo y los gastos correspondientes.

7. Cualquier gasto en que el Asegurado incurra fuera del País de Residencia después de la fecha en que el equipo Médico de la Compañía de Asistencia establezca que puede volver a su Residencia previa notificación (la responsabilidad de la Compañía de pagar los costos adicionales de acuerdo con esta sección después de esa fecha se limitará a lo que habría pagado si se hubiera llevado a cabo su repatriación).
8. Cualquier gasto Médico que no sea consecuencia de una Emergencia Médica.
9. Cualquier tratamiento o prueba de diagnóstico que el Asegurado haya programado o conocido previamente.
10. Cualquier forma de tratamiento o cirugía que en opinión del Equipo Médico de la Compañía de Asistencia y el Médico Tratante pueda ser razonablemente demorada hasta que el Asegurado vuelva al Lugar de Residencia.
11. Los gastos incurridos por medicamentos que al momento de iniciar el viaje el Asegurado conozca que requiere o debe tomar mientras se encuentre fuera del País de Residencia, a menos que el(los) mismo(s) le sea(n) robado(s) o dañado(s).
12. Costos adicionales derivados del alojamiento en una habitación privada estándar.
13. El tratamiento o los servicios prestados por una clínica privada u hospital, spa de salud, casa de convalecencia o asilo o cualquier centro de rehabilitación, salvo pacto contrario con la Compañía.
14. El costo del tratamiento por motivos cosméticos a menos que el mismo sea necesario a consecuencia de un Accidente cubierto por esta Póliza.

15. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto a Su País de Residencia a menos que sea previamente convenido por la Compañía.

16. Los gastos incurridos como resultado de una Enfermedad Tropical cuando el Asegurado no haya tomado las Precauciones o vacunas recomendadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y/o tomado los medicamentos recomendados.

* Trabajo manual: camarero(a), mozo o mucama en bares, restaurantes o lugares para vacacionar así como personal doméstico, niñera y recolector de fruta.

Excluyendo aquellos trabajos que impliquen el Uso de herramientas eléctricas y maquinaria.

** Buceo: Si está supervisado adecuadamente por un instructor calificado, a las siguientes profundidades, cuando el Asegurado posee las siguientes certificaciones y se encuentra buceando bajo la dirección de un oficial, instructor o guía de buceo acreditado y dentro de las directrices de la organización de buceo o de capacitación pertinente:

- PADI (Professional Association of Diving Instructors) – Mar Abierto – 18 metros
- PADI – Mar Abierto Avanzado – 30 metros
- BSAC [British Sub Aqua Club] Buceador Oceánico – 20 metros
- BSAC Buceador Deportivo – 35 metros
- BSAC Líder de Buceo – 50 metros

Si el Asegurado no posee alguna de las certificaciones anteriores, La compañía sólo cubrirá al Asegurado hasta una profundidad de 18 metros.

DEPORTES Y ACTIVIDADES

Se cubrirán únicamente los accidentes derivados de la Práctica de Deportes no profesional, Amateur, no competitiva, de forma ocasional de los deportes y actividades enunciados a continuación:

Bádminton	Pony trekking (Cabalgatas recreativas)
Béisbol	Racquetball
Básquetbol	Patinaje sobre ruedas
Juegos de Playa	Rounders
Boliche	Carrera
Cabalgata en camello / elefante	Navegación (dentro de 20 millas náuticas)
Canotaje (hasta nivel / clase 2)	Buceo **
Cricket	Squash
Ciclismo, en asfalto sólo con casco	Surfeo
Pesca	Tenis de mesa
Futbol	Tenis
Golf	Trampolín
Hockey	Trekking (hasta 4,000 metros sin usar equipo de escalación)
Cabalgatas	Vóleibol
Trotar	Water polo
Surfeo con cometa	Ski acuático
Trabajo Manual*	Wind surfing
Netball	Yachting (dentro de 20 millas náuticas de aguas territoriales)
Orientación	Zorbing

2. EMERGENCIA DENTAL

Se cubren los gastos derivados de los tratamientos dentales que requiera el Asegurado únicamente por una Emergencia Médica o Accidente durante el Viaje, hasta por la Suma Asegurada que se especifica en la carátula de Póliza.

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

- Los gastos erogados por servicios de Emergencias Dentales en el país de residencia se cubrirán mediante el reembolso al Asegurado al presentar las facturas, comprobantes y/o recibos requeridos.
- Los gastos erogados por servicios de Emergencias Dentales en el extranjero se cubrirán de manera directa al Prestador en Convenio con la Compañía, en caso de que el proveedor no acepte el pago directo, será cubierto mediante reembolso al Asegurado al presentar la factura o comprobante y/o recibos requeridos.

AL REGRESAR A SU PAÍS DE RESIDENCIA, CESARÁN LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA.



Aplica el Deducible especificado en la carátula de Póliza.

Los gastos erogados deberán ser sustentados por la presentación en original de la factura, comprobante y/o recibos correspondientes.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS

- 1. Quedan excluidos los tratamientos alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones así como dentaduras, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto que originen lesiones dentales que sean prescritos por un Médico para aliviar el dolor y/o para la atención de la Emergencia, las dentaduras o dientes postizos únicamente para suplir la funcionalidad de la masticación.**
- 2. El costo del tratamiento dental que involucre el aprovisionamiento de dentaduras, dientes artificiales o el uso de metales preciosos así como aquellos que no sean permanentes y necesarios para atender la emergencia.**

3. MUERTE ACCIDENTAL

Si el Asegurado durante el Viaje sufre un Accidente que le cause la muerte instantánea o fallezca como resultado del mismo dentro de los siguientes 90 (noventa) días naturales a la fecha del Accidente, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la cual se encuentra especificada en la Carátula de la Póliza a los Beneficiarios designados o en su defecto a la sucesión del Asegurado.

La edad mínima de aceptación para esta cobertura es de 12 (doce) años.

EL PAGO DE ESTA COBERTURA, DEJARÁ SIN EFECTO LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, PÉRDIDA ORGÁNICA O PÉRDIDA DE LA VISTA.

4. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

En caso de que durante el Viaje el Asegurado fallezca a consecuencia de un Accidente, la Compañía pagará el monto erogado por concepto de Gastos Funerarios a quien acredite haber realizado el pago de los mismos hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, que se encuentra especificada en la Carátula de la Póliza.

Para los Asegurados menores a 12 (doce) años en caso de Muerte Accidental, se cubrirán los últimos gastos hasta por el equivalente a 60 (sesenta) veces el valor mensual de la Unidad de Medida de Actualización vigente (UMA) en la fecha de realización del pago.

Se cubrirán los Gastos Funerarios por concepto de cremación o inhumación en el país en el que fallezca, o los cargos de transporte para devolver su cuerpo o cenizas a su País de Residencia.

Los gastos erogados deberán ser sustentados con la presentación de la factura, comprobante y/o recibo correspondiente.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

Se excluye la exhumación en territorio extranjero.

5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, PÉRDIDA ORGÁNICA O PÉRDIDA DE LA VISTA

5.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si a consecuencia de un Accidente y dentro de los 60 (sesenta) días naturales siguientes a la fecha del mismo, al Asegurado se le dictaminara Invalidez total y permanente, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a La Compañía, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución de seguridad social o por un Médico especialista en la materia, así como todos los exámenes,

análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que La Compañía evaluará con un Médico especialista en la materia.

Lo anterior, sin perjuicio de las pruebas que La Compañía solicite en términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS).

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de la reclamación por Invalidez Total y Permanente, el Asegurado podrá acudir a un arbitraje privado mediante la designación de un Perito Médico por parte del Asegurado y la Compañía.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

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

Las edades de aceptación para esta cobertura serán de 18 (dieciocho) a 66 (sesenta y seis) años; La edad máxima de renovación será de 66 (sesenta y seis) años.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

EN ADICIÓN A LO ESTIPULADO EN LA SECCIÓN V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, ESTA COBERTURA EN NINGÚN CASO AMPARA LOS GASTOS DERIVADOS DE:

1. LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DICTAMINADA POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN LA MATERIA O POR UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL, CON POSTERIORIDAD AL PLAZO DE 60 (SESENTA) DÍAS CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SUFRIÓ EL ACCIDENTE.

2. POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE.

5.2. PÉRDIDA ORGÁNICA O PÉRDIDA DE LA VISTA

En caso de que el Asegurado sufra una Lesión Corporal ocasionada por un Accidente durante el Viaje, que dentro de los 90 (noventa) días posteriores a dicho Accidente resulte en la Pérdida de la Vista o Pérdida Orgánica, la Compañía pagará hasta el monto de la Suma Asegurada contratada, la cual se establece en la Carátula de la Póliza.

La Compañía pagará por este concepto el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura señalada en la tabla de indemnizaciones que se muestra a continuación.

Pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100% del beneficio de incapacidad Total Permanente
Una mano y un pie	100% del beneficio de incapacidad Total Permanente
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100% del beneficio de incapacidad Total Permanente
Una mano o un pie	50% del beneficio de incapacidad Total Permanente
La vista de un ojo	30% del beneficio de incapacidad Total Permanente
Un pulgar de cualquiera de las manos	15% del beneficio de incapacidad Total Permanente
El dedo índice de cualquiera de las manos	10% del beneficio de incapacidad Total Permanente

Se entiende por:

- Pérdida de la mano, su anquilosamiento o separación completa desde la articulación del puño o por arriba de ella hacia el codo.
- Pérdida del pie, su anquilosamiento o separación completa desde la articulación



- de tobillo o arriba de ella hacia la rodilla.
- c) Pérdida de la vista de un ojo se entenderá la desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
 - d) Pérdida del pulgar o índice, su anquilosamiento o separación de dos falanges completas.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá del 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, inclusive si el Asegurado sufre en uno o más Accidentes varias pérdidas orgánicas cubiertas.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de: Pérdida de la Vista, Pérdida Orgánica o Invalidez Total y Permanente derivado de una Enfermedad o Padecimiento Preexistente.

6. RESPONSABILIDAD CIVIL EN EL EXTRANJERO

CONDICIONES DE ESTA COBERTURA

La Compañía se obliga a pagar teniendo como límite la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y que se encuentra especificada en el Carátula de Póliza de Seguro por los daños, perjuicios y el daño moral consecuencial que el Asegurado cause a terceros y por los que éste deba responder conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente, por hechos u omisiones no dolosos ocurridos durante el Viaje en el extranjero, respecto de los siguientes sucesos accidentales:

1. Lesión corporal, muerte, padecimiento o enfermedad a cualquier persona que no sea empleado o que no sea un Pariente Cercano, Familiar o miembro que habite en la Residencia del Asegurado.
2. Pérdida o daño a propiedad de terceros y que no esté a cargo o bajo control del Asegurado, de un Familiar, empleado o persona que habite en la Residencia del Asegurado. Cualquier daño al alojamiento temporal durante sus vacaciones que no sea propiedad del Asegurado.

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

- i. Esta Póliza ha sido contratada conforme a las leyes mexicanas y para cubrir daños que ocurran en el extranjero por lo que la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil será la vigente en el país donde ocurrió el daño.
- ii. El límite máximo de responsabilidad para la Compañía por cada uno de los Siniestros que puedan ocurrir durante la vigencia del Contrato de Seguro, es la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza de Seguro.
- iii. La ocurrencia de varios daños durante la vigencia del Contrato de Seguro, procedentes de la misma o igual causa, será considerada como un solo Siniestro, el cual, a su vez, se tendrá como realizado en el momento que se produzca el primer daño de la serie.
- iv. Esta Póliza cubre la responsabilidad materia de este seguro por daños causados durante la vigencia del presente Contrato, siempre y cuando las reclamaciones de terceras personas sean presentadas originalmente, por primera vez y por escrito dentro del periodo de vigencia del Contrato de Seguro o a más tardar dentro de los 2 (dos) años siguientes a su terminación.
- v. El Asegurado deberá notificar a la Compañía de inmediato sobre cualquier Siniestro que pudiere originar una reclamación.
- vi. El Asegurado no deberá aceptar ninguna responsabilidad, obligación de pago, ni ofrecer pago alguno, ni prometer pagar, ni negociar alguna reclamación sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía.
- vii. La Compañía tendrá el derecho de asumir y llevar a cabo en nombre del Asegurado la defensa por cualquier reclamación cubierta por la Póliza o en su caso contra cualquier tercero. La Compañía tendrá la discreción absoluta en la conducción de cualquier negociación o procedimiento o en la liquidación de cualquier reclamación y el Asegurado deberá proporcionar toda la información necesaria y la ayuda que la Compañía requiera.
- viii. En el caso de muerte del Asegurado, siempre y cuando exista un Siniestro en trámite cubierto por esta Póliza, la sucesión legal del Asegurado contará con la protección de esta cobertura y se sujetará a los términos y condiciones de la misma.
- ix. El Asegurado deberá hacer llegar a la Compañía toda carta, orden judicial, citación y trámite tan pronto como los reciba.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección **V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS**, esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

1. La compensación o costos legales que surjan de cualquier reclamación que provenga de:
 - a) Responsabilidades asumidas por el Asegurado y que no estén amparadas por esta Póliza.
 - b) Búsqueda de cualquier negocio, comercio, trabajo, profesión u ocupación remunerada o no remunerada, o el abastecimiento de bienes y servicios.
 - c) La propiedad, posesión o uso de armas de fuego, vehículos, aeronaves o naves acuáticas (que no sean tablas de surfear o botes de remo de propulsión manual, bateas y canoas).
 - d) Responsabilidades derivadas de cualquier enfermedad o virus contagioso.
 - e) Por daños a la propiedad por la ocupación de terrenos o edificios (que no sea la ocupación únicamente por hospedaje de vacaciones temporales).
 - f) Responsabilidades derivadas de actos ocasionados con dolo o mala fe del Asegurado o por culpa grave del afectado.
 - g) Multas, penas y daños punitivos o ejemplares.
 - h) Responsabilidades por hechos ocurridos cuando el Asegurado se encuentra bajo la influencia de intoxicantes, narcóticos, enervantes o alcohol.
 - i) Cualquier responsabilidad imputada al Asegurado por daños, lesiones o pérdidas diferentes a las personas o bienes expresamente nombrados como sujetos de esta cobertura.

7. ROBO O EXTRAVÍO DE EQUIPAJE PERSONAL

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización pagada por la Empresa Transportista y con límite en la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza de Seguro por el Robo o Extravío del Equipaje documentado por el Asegurado, siempre que ocurra durante el Viaje y éste se encuentre bajo la custodia del Transporte Público autorizado.

Aplica el Deducible especificado en la carátula de Póliza.

Es necesario que el Asegurado levante cargos ante la Empresa Transportista autorizada en un periodo de 24 horas después de haberse dado cuenta del hecho y deberá obtener una constancia por escrito del robo o extravío.

- i. Apenas constate la falta del Equipaje el Asegurado deberá dirigirse al mostrador de la Empresa Transportista o a la persona responsable de la misma dentro de la terminal o recinto en donde llega el Equipaje.
- ii. El Asegurado deberá obtener y completar el formulario proporcionado por la Empresa Transportista donde conste el robo o extravío del Equipaje.
- iii. Es necesario que el Asegurado se comunique con la Compañía para notificar el siniestro.
- iv. Se indemnizará el Robo o Extravío del Equipaje por cada kilogramo completo de peso documentado con un máximo de 35 (treinta y cinco) kilogramos por Pasajero Asegurado. En caso de que el Equipaje exceda el máximo establecido por la Empresa Transportista, el Asegurado deberá presentar el comprobante de pago por el excedente de peso. En caso de que el Asegurado no obtenga un comprobante con el peso del Equipaje, la obligación de la Compañía se limitará al valor al momento de la compra del artículo, Conjunto reclamado, menos una deducción por su uso y desgaste con base en la antigüedad de la propiedad. El máximo que la Compañía pagará por todos los artículos no podrá ser superior a la Suma Asegurada mostrada en la Carátula de la Póliza.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección **V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS**, esta cobertura en ningún caso ampara:



- a) **Las pérdidas de Equipaje embarcado como flete o de acuerdo con un conocimiento de embarque.**
- b) **Los Deducibles que se muestran en la carátula de la Póliza por Asegurado para cada reclamación.**
- c) **Cualquier monto que ya se haya pagado en la reclamación de Demora de Equipaje.**
- d) **La depreciación en el valor, variaciones en los tipos de cambio o extravío por error u omisión del Asegurado o de un tercero.**

8. DAÑO AL EQUIPAJE PERSONAL

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización pagada por la Empresa Transportista y con límite en la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza de Seguro por el Daño al Equipaje documentado por el Asegurado, siempre que ocurra durante el Viaje y éste se encuentre bajo la custodia de la Compañía Transportista.

Esta cobertura aplica si esos daños fueron tales que impidan su uso o dicho Equipaje se encuentre inutilizable.

Se indemnizará el Daño al Equipaje por cada kilogramo completo de peso documentado con un máximo de 35 (treinta y cinco) kilogramos por Pasajero Asegurado. En caso de que el Equipaje exceda el máximo establecido por la Empresa Transportista, el Asegurado deberá presentar el comprobante de pago por el excedente de peso.

En caso de que el Asegurado no obtenga un comprobante con el peso del Equipaje, la obligación de la Compañía se limitará al valor al momento de la compra del artículo, Conjunto reclamado, menos una deducción por su uso y desgaste con base en la antigüedad de la propiedad. El máximo que la Compañía pagará por todos los artículos no podrá ser superior a la Suma Asegurada mostrada en la Carátula de la Póliza.

Aplica el Deducible especificado en la carátula de la Póliza de Seguro.

- a) **Apenas constate el daño de su Equipaje, el Asegurado deberá dirigirse al mostrador de la**

Empresa Transportista o a la persona responsable de la misma dentro de la terminal o recinto en donde llega el Equipaje para realizar la denuncia pertinente y obtener algún documento que constate dicho daño.

- b) **Es necesario que el Asegurado se comuniqué con la Compañía para notificar el Siniestro.**

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

- 1. Los daños debido al desgaste normal o natural, vicio propio o embalaje inadecuado o insuficiente.**
- 2. Los daños estéticos.**
- 3. Pérdida o daño provocado por el desgaste natural, la depreciación, el deterioro, las condiciones atmosféricas o climáticas, polillas, alimañas, cualquier proceso de limpieza, reparación o restauración, rotura mecánica o eléctrica o daño por líquidos.**
- 4. Los daños causados intencionalmente por el Asegurado o por culpa grave.**
- 5. Robo, daño o extravío de animales, automóviles o equipos de automóviles, cualquier vehículo de transporte y sus accesorios, menaje de casa.**
- 6. Reclamaciones que surjan del daño provocado por el derrame de polvo o líquidos que se transporten dentro de los efectos personales o el Equipaje.**

9. DEMORA DE EQUIPAJE PERSONAL

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

A consecuencia de la demora en el arribo al lugar destino por más de 12 (doce) horas del Equipaje documentado por el Asegurado ante la Empresa Transportista, la Compañía reembolsará al Asegurado, en exceso de la indemnización pagada por la Empresa Transportista, y con límite en la Suma Asegurada

establecida en la carátula de la Póliza de Seguro, la reposición de emergencia de vestimenta, medicación, alimentos y artículos de aseo.

La Suma asegurada de esta cobertura opera para todos los Asegurados indicados en la carátula de Póliza que viajen juntos.

Es necesario que el Asegurado obtenga confirmación escrita de la Empresa Transportista, del número de horas de retraso del Equipaje.

Aplica el Deducible especificado en la carátula de la Póliza.

Esta cobertura terminará en el momento en que la Empresa Transportista declare el Robo o Extravío del Equipaje documentado o después de 72 (setenta y dos) horas de la hora de arribo programada o al agotarse la suma asegurada de esta cobertura, lo que ocurra primero.

Toda indemnización pagada a cargo de esta cobertura será deducida del límite de responsabilidad de la Compañía en la cobertura de Robo o Extravío de Equipaje Personal en caso de que la demora exceda las 72 (setenta y dos) horas.

Si la demora se convierte en Robo o Extravío de Equipaje el monto se deducirá de la suma asegurada o del monto final a ser pagado bajo Robo o Extravío de Equipaje.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

1. Reclamaciones debido a confiscación o detención por parte de la aduana u otra autoridad.
2. Las reclamaciones por Equipaje embarcado como flete o de acuerdo con un conocimiento de embarque.
3. Cualquier costo o cargo por el cual cualquier transportista o proveedor deba haya o tenga que compensar o indemnizar al Asegurado.

4. El reembolso por los artículos adquiridos después de que se le haya devuelto su Equipaje.
5. El reembolso cuando no se entreguen los comprobantes desglosados de los artículos objeto de cobertura.
6. Las reclamaciones cuando el Asegurado no obtenga la confirmación escrita de la Empresa Transportista (o sus agentes de manejo), que confirme el número de horas en que se retrasó el Equipaje y cuándo fue que éste se le devolvió.
7. Cualquier compra realizada después de 72 (setenta y dos) horas del arribo real en el destino.
8. La demora del Equipaje en el Viaje de regreso a la Residencia del Asegurado.

10.ROBO, DAÑO O PÉRDIDA DE DINERO DE USO PERSONAL

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

La Compañía pagará, con límite en la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza de Seguro para esta cobertura, el Robo, Pérdida o Daño de Dinero de Uso Personal durante el Viaje.

- a) En caso de que el robo ocurra fuera del Hotel mientras el Asegurado se encuentre en tránsito, es necesario que los bienes asegurados sean portados por el Asegurado en el momento del Siniestro.
- b) En caso de que el robo ocurra dentro del hotel donde se hospede el Asegurado, es indispensable que el Dinero de uso Personal se encuentre depositado en la Caja de Seguridad o Caja de Depósito con llave y que el Asegurado presente a la Compañía copia del reporte escrito al Hotel.
- c) Aplica el Deducible especificado en la Carátula de Póliza.

CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA COBERTURA

- a) Es indispensable para la indemnización de esta cobertura que el Asegurado realice la denuncia a la policía local o autoridad competente dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes de haberse percatado del hecho y deberá obtener un informe escrito del



robo, pérdida o daño.

- b) La Suma asegurada de esta cobertura opera para todos los Asegurados indicados en la Carátula de Póliza que viajen juntos.
- c) El Asegurado deberá demostrar la propiedad del dinero de uso personal mediante un estado de cuenta bancario, mostrando la disposición o retiro que él realizó.
- d) La disposición o retiro del Dinero de Uso Personal realizada por el Asegurado debió de haberse generado durante los 5 días anteriores al inicio del Viaje.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

1. Confiscación o detención por parte de la aduana u otra autoridad.
2. Cheques, cheques de viajero, órdenes postales y órdenes de pago, cupones de prepago, cupones de hotel, o cualquier otro tipo de cupón, boletos de viajero.
3. Las reclamaciones relacionadas con Dinero de Uso Personal cuando el Asegurado no muestre prueba de la disposición de dinero a través de medios electrónicos, sucursales financieras o corresponsales bancarios.
4. El Dinero de Uso Personal que se haya dejado Desatendido en cualquier momento, a menos que se haya depositado en una caja de seguridad en el Hotel o en una caja de depósito de seguridad con llave. La Compañía no cubrirá ninguna reclamación cuando el Asegurado no haya reportado el Siniestro al Hotel por escrito y obtenido un informe oficial de la autoridad local correspondiente, en caso de que el dinero haya sido robado de la caja de depósito o seguridad del Hotel.

11. EXTRAVÍO O ROBO DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En caso de extravío o robo de los documentos de identidad del Asegurado durante el Viaje, la Compañía pagará los gastos necesarios en que el Asegurado hubiera incurrido en el extranjero para tramitar su reposición, tales como hospedaje en habitación sencilla, alimentación, transporte, llamadas telefónicas a la Compañía y el valor de la reposición de esos documentos, teniendo como límite la Suma Asegurada contratada para esta cobertura especificada en la Carátula de Póliza; para lo cual es necesario que el Asegurado presente copia del aviso o acta levantada ante las autoridades correspondientes.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

Extravío por, confiscación o detención por parte de la aduana u otra autoridad.

12. CANCELACIÓN DE VIAJE

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

La Compañía indemnizará con límite en la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza, por viaje y para todos los Asegurados afectados, por concepto de cualquier transporte y/o Hospedaje que no hubieren sido utilizados y que sean irrecuperables, así como otros cargos prepagados por concepto de excursiones, recorridos o actividades que el Asegurado haya efectuado o esté comprometido a cubrir por contrato en el lugar de destino de Viaje.

La cobertura procederá cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias, siempre que esté fuera del control del Asegurado y que él mismo no tenga conocimiento al momento de reservar su Viaje:

- a) Enfermedad, lesión o muerte, del Asegurado o de un Pariente Cercano, un socio de negocios o cualquier persona con la que el Asegurado esté viajando y que sea en forma imprevista.
- b) Una Complicación del Embarazo que involucre

al Asegurado o de un Pariente Cercano, un socio de negocios o cualquier persona con la que el Asegurado esté viajando y que sea en forma imprevista.

- c) La cancelación del permiso autorizado por el empleador para que el Asegurado o cualquier acompañante de Viaje o persona con la que se hospede durante el Viaje pueda gozar de sus vacaciones, si cualquiera de éstos es miembro de las Fuerzas Armadas, la Policía, Bomberos, Servicios de Enfermería o Ambulancia y su permiso autorizado se cancela por motivos operacionales.
- d) El Asegurado debe notificar la Cancelación de Viaje lo antes posible al agente de viajes, al operador de recorridos y/o a la Empresa Transportista/Hospedaje. En caso de omisión o demora, la responsabilidad de la Compañía se limitará a los cargos de cancelación que pudieron haber aplicado si el Asegurado hubiera reportado a tiempo la Cancelación del Viaje.
- e) En caso de un cierre de vuelo, que se considerará cancelado una vez transcurrido un mínimo de 24 (veinticuatro) horas después de que el vuelo programado no se lleve a cabo. Esta cobertura se aplicará:
En caso de que el vuelo confirmado sea cancelado debido a huelga, protesta laboral, condiciones climáticas adversas, fallas mecánicas, fallas o defectos técnicos, Fuerza Mayor que afecte al Transporte Público o el Transportista en el cual el Asegurado esté registrado como Pasajero.

CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA COBERTURA

El Asegurado deberá proporcionar información a la Compañía sobre los hechos ocurridos para confirmar la necesidad de cancelar su Viaje.

El Asegurado deberá notificar a la Compañía sobre la Cancelación del Viaje antes de la fecha prevista para el inicio del mismo, en caso de incumplir esta condición cesará la responsabilidad de la Compañía, salvo que en Caso Fortuito o de fuerza mayor, el Asegurado esté imposibilitado para notificar a la Compañía debiendo acreditar dicha circunstancia.

El asegurado debe informar a la agencia de viajes, al operador turístico y / o al proveedor de servicios de transporte / alojamiento de la cancelación del viaje tan pronto como sea posible. En caso de omisión o demora, la responsabilidad de la

Compañía se limitará a los cargos de cancelación que pudieran aplicarse si el Asegurado hubiera informado oportunamente la Cancelación del Viaje.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

1. El Deducible que aparece en la Carátula de Póliza de Seguro por Asegurado para cada reclamación
2. Cualquier Enfermedad o Padecimiento Preexistente (a menos que el Asegurado o cualquier persona con la que viaje tenga una autorización médica para viajar) de la que el Asegurado tenga conocimiento antes de que adquiera la Póliza o antes de reservar cualquier Viaje que afecte a cualquier Pariente Cercano o persona con la que se hospede durante su Viaje, en caso de que:
 - a) un Médico haya dado un diagnóstico de una enfermedad terminal;
 - b) Estuviera en lista de espera, o tuviera conocimiento de la necesidad de una cirugía, hospitalización o examinación en un hospital o clínica;
 - c) Durante el periodo de 90 días inmediatamente previo a que el Asegurado adquiera la Póliza o antes de reservar cualquier Viaje (lo que ocurra después) haya requerido una cirugía, Hospitalización o una consulta en el hospital.
3. Motivo de cualquier condición Médica Preexistente a menos que haya sido considerado apto a viajar por su Médico Tratante.
4. El costo de los cargos aeroportuarios recuperables, las cuotas, gravámenes e impuestos de ATOL (Licencia del Organizador para Viajes Aéreos).



5. Cualquier reclamación que surja de las circunstancias de las que el Asegurado tenga conocimiento antes de la fecha en que adquiriera la Póliza o la fecha de reservación o de inicio de cualquier Viaje (lo que ocurra después), que se espere que razonablemente pudiera generar una reclamación.
6. Cualquier costo por la cancelación del Viaje debido a Lesión Corporal, Padecimiento o Enfermedad, Complicaciones del Embarazo cuando el Asegurado no proporcione el certificado médico del Médico tratante indicando la prohibición de viajar, o bien que acredite la circunstancia médica del afectado, por la cual el Asegurado deba cancelar el Viaje.
7. Las reclamaciones de los gastos cubiertos por esta cobertura de acompañantes que no son Asegurados.
8. Las reclamaciones por boletos de viaje no utilizados a un destino para el que la Compañía ya hubiera pagado un Viaje alterno.
9. Cualquier concepto o cargo cubierto mediante el uso de cualquier plan de recompensa de kilometraje de aerolíneas, por ejemplo Avios (anteriormente millas aéreas), o cualquier plan de puntos por bono de tarjetas, cualquier tiempo compartido, fianza de propiedad para vacaciones o algún otro plan de puntos de vacaciones y/o cuotas de mantenimiento relacionadas.
10. Cualquier reclamación que surja de las Complicaciones en el Embarazo que, para Cancelación de Viaje o cambio de reservación, haya ocurrido previo a la reservación o pago del Viaje, – lo que ocurra después.
11. Cualquier reclamación que surja de un cambio de planes debido a las circunstancias financieras del Asegurado.
12. Las reclamaciones cuando no se proporcionan los comprobantes de que se cancela el permiso autorizado por motivos operativos no previstos.
13. Cualquier costo o cargo por el cual el proveedor de servicio de Transporte le compensará.
14. Cualquier costo por una nueva reservación que exceda el costo del Viaje originalmente reservado.
15. Las reclamaciones cuando el Asegurado no haya cumplido con los términos del contrato del agente de viaje, el operador del recorrido o el proveedor de servicio de transporte.
16. Huelga o Acción Industrial o por retraso en el control de tráfico aéreo que exista o sea públicamente declarado en la fecha en que estos beneficios surtan efecto o cuando el Asegurado haya reservado el Viaje (lo que ocurra antes).
17. El retiro del servicio (de forma temporal o de otra forma) de una aeronave o buque marítimo por recomendación de la Autoridad de Aviación, una Autoridad Portuaria o cualquier otro organismo similar en cualquier país.
18. Cualquier reclamación que resulte de la omisión del prestador de servicios que forma parte del Viaje reservado para proporcionar cualquier parte del Viaje reservado (aparte de las excursiones) incluido error, insolvencia, omisión o incumplimiento.
19. El abandono del Viaje una vez iniciado el mismo.
20. Cualquier gasto cuando los arreglos de viaje alternos se hayan puesto a disposición dentro de 24 (veinticuatro) horas de la hora de salida programada.
21. Cualquier reclamación por abandono, de acuerdo con esta sección, si el Asegurado reclamó afectando alguna cobertura de Pérdida en la Salida o Conexión de Vuelo o Demora en la Salida o Cierre de Vuelo.
22. Vuelos fletados de manera privada.
23. Cualquier interrupción originada por un compromiso de trabajo o modificación al derecho de vacaciones por parte del empleador.

13. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

LE RECOMENDAMOS COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA ANTES DE INTERRUPIR EL VIAJE.

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En caso de Interrupción de Viaje a consecuencia de alguno de los riesgos que a continuación se especifican, la Compañía indemnizará con límite en la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza, por viaje y para todos los Asegurados afectados, por concepto de cualquier transporte y/o Hospedaje que no hubieren sido utilizados y que sean irre recuperables, así como otros cargos prepagados por concepto de excursiones, recorridos o actividades que el Asegurado haya efectuado o esté comprometido a cubrir por contrato en el lugar de destino de Viaje, junto con cualquier gasto de viaje adicional razonable derivado de la Interrupción del Viaje.

La cobertura procederá cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias, siempre que esté fuera del control del Asegurado y que él mismo no tenga conocimiento al momento de iniciar su Viaje:

- a) Enfermedad, lesión o muerte imprevistas del Asegurado, un Pariente Cercano, un socio de negocios o cualquier persona con la que el Asegurado esté viajando o se hospede durante el Viaje.
- b) Una Complicación del Embarazo que involucre al Asegurado o de un Pariente Cercano, un socio de negocios o cualquier persona con la que el Asegurado esté viajando y que sea en forma imprevista.
- c) La cancelación del permiso autorizado por el empleador para que el Asegurado o cualquier acompañante de Viaje o persona con la que se hospede durante el Viaje pueda gozar de sus vacaciones, si cualquiera de éstos es miembro de las Fuerzas Armadas, la Policía, Bomberos, Servicios de Enfermería o Ambulancia y su permiso autorizado se cancela por motivos operacionales.

Bajo la cobertura de interrupción, el Reembolso se calculará estrictamente a partir de la fecha en que el Asegurado vuelva a Su Residencia en su País de Residencia o sea hospitalizado o confinado a su alojamiento por razones Médicas antes de la repatriación.

En caso de fallecimiento de un pariente cercano, socio comercial o cualquier persona con la que el Asegurado viaje, el reembolso se calculará a partir de la fecha de la muerte.

CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA COBERTURA

En caso de que la Compañía le proporcione el transporte o realice el pago de su reclamación y como resultado el Asegurado cuente con boletos de viaje no utilizados, deberá entregar a la Compañía dichos boletos. En caso de que no suceda, la Compañía deducirá el monto de esos boletos de cualquier monto que se le haya cubierto.

Las reclamaciones cuando el Asegurado se demore en notificar o no notifique al agente de viajes, al operador de recorridos o al proveedor del servicio de transporte/hospedaje, al momento que sepa que es necesario interrumpir el Viaje. La responsabilidad de la Compañía se limitará a los cargos de cancelación que hubieran aplicado si no hubiera ocurrido la omisión o demora.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

1. **Cualquier Enfermedad o Padecimiento Preexistente (a menos que el Asegurado o cualquier persona con la que viaje tenga una autorización médica para viajar) de la que el Asegurado tenga conocimiento antes de que adquiera la Póliza o antes de reservar cualquier Viaje que afecte a cualquier Pariente Cercano o persona con la que se hospede durante su viaje.**
2. **El Deducible que aparece en el Resumen de la Póliza por Asegurado para cada reclamación.**
3. **El costo de los cargos aeroportuarios recuperables, las cuotas, gravámenes e impuestos de ATOL (Licencia del Organizador para Viajes Aéreos).**
4. **Cualquier reclamación que surja de**



las circunstancias de las que el Asegurado tenga conocimiento antes de la fecha en que adquiriera la Póliza o la fecha de reservación o de inicio de cualquier Viaje (lo que ocurra después), que se espere que razonablemente pudiera generar una reclamación.

5. Cualquier costo por la Interrupción del Viaje debido a Lesión Corporal, Padecimiento o Enfermedad cuando el Asegurado no proporcione el certificado médico del Médico tratante indicando la prohibición de viajar, o bien que acredite la circunstancia médica del afectado, por la cual el Asegurado deba cancelar el Viaje.
6. Cualquier costo por transporte y/o hospedaje no gestionado por la Compañía o que se incurra sin autorización previa de la Compañía.
7. Las reclamaciones de los gastos cubiertos por esta cobertura de acompañantes que no son Asegurados.
8. Las reclamaciones por boletos de viaje no utilizados a un destino para el que la Compañía ya hubiera pagado un Viaje alterno.
9. Cualquier concepto o cargo cubierto mediante el uso de cualquier plan de recompensa de kilometraje de aerolíneas, por ejemplo Avios (anteriormente millas aéreas), o cualquier plan de puntos por bono de tarjetas, cualquier tiempo compartido, fianza de propiedad para vacaciones o algún otro plan de puntos de vacaciones y/o cuotas de mantenimiento relacionadas.
10. Cualquier reclamación que surja de las Complicaciones en el Embarazo que, para Cancelación de Viaje o cambio de reservación, haya ocurrido previo a la reservación o pago del Viaje, -lo que ocurra después.
11. Cualquier reclamación que surja de un cambio de planes debido a las circunstancias financieras del Asegurado.
12. Las reclamaciones cuando no se proporcionan los comprobantes de

que se cancela el permiso autorizado por motivos operativos no previstos.

13. Cualquier costo o cargo por el cual la Empresa Transportista le compensará.
14. Las reclamaciones cuando el Asegurado no haya cumplido con los términos del contrato del agente de viaje, el operador del recorrido o el proveedor de servicio de transporte.
15. Huelga o Acción Industrial o por retraso en el control de tráfico aéreo que exista o sea públicamente declarado en la fecha en que estos beneficios surtan efecto o cuando el Asegurado haya reservado el Viaje (lo que ocurra antes).
16. El retiro del servicio (de forma temporal o de otra forma) de una aeronave o buque marítimo por recomendación de la Autoridad de Aviación, una Autoridad Portuaria o cualquier otro organismo similar en cualquier país.
17. Cualquier reclamación que resulte de la omisión del prestador de servicios que forma parte del Viaje reservado para proporcionar cualquier parte del Viaje reservado (aparte de las excursiones) incluido error, insolvencia, omisión o incumplimiento.
18. El abandono del Viaje una vez iniciado el mismo.
19. Cualquier gasto cuando los arreglos de viaje alternos se hayan puesto a disposición dentro de 24 (veinticuatro) horas de la hora de salida programada.
20. Cualquier reclamación por abandono, de acuerdo con esta sección, si el Asegurado reclamó afectando alguna cobertura de Pérdida en la Salida o Conexión de Vuelo o Demora en la Salida o Cierre de Vuelo.
21. Vuelos fletados de manera privada.
22. Cualquier Interrupción originada por un compromiso de trabajo o modificación al derecho de vacaciones por parte del empleador.

14. DEMORA EN LA SALIDA O CIERRE DE VUELO

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

14.1 DEMORA EN SALIDA

La Compañía reembolsará al Asegurado teniendo como límite la Suma Asegurada contratada para esta cobertura especificada en el Carátula de Póliza de Seguro, los gastos por concepto de comida consumida dentro del aeropuerto, terminal ferroviaria o marítima, hospedaje (sólo habitación) y transporte en caso de que su Viaje incurra en una demora en su hora de partida programada por más de 12 (doce) horas, mientras el Asegurado se encuentre como Pasajero debido a huelga, protesta laboral, condiciones climáticas adversas, avería mecánica, falla o defecto técnico, Caso Fortuito que afecte al Transporte Público, o bien a la Empresa Transportista en la cual el Asegurado se encuentre registrado como Pasajero.

Los gastos efectuados deberán ser sustentados con la presentación de la(s) factura(s), comprobante(s) y/o recibos requeridos y el Asegurado debe:

- Registrarse a la hora establecida por la Empresa Transportista.
- Entregar la confirmación escrita de la Empresa Transportista respecto a las horas de demora y el motivo de la misma.
- Notificar a la Compañía por la demora.

14.2 CIERRE DE VUELO

La Compañía indemnizará al Asegurado teniendo como límite la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza de Seguro, si el vuelo confirmado es cerrado debido a huelga, protesta laboral, condiciones climáticas adversas, avería mecánica, falla o defecto técnico, Caso Fortuito que afecte al avión o bien, a la aerolínea en la cual el Asegurado se encuentre registrado para viajar.

Se considerará cierre de vuelo, después de transcurrido un mínimo de 24 (veinticuatro) horas de la no realización del vuelo programado.

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

- El Asegurado deberá registrarse y/o documentarse para abordar dentro del tiempo

establecido por la aerolínea (check-in) de acuerdo con el itinerario que se le ha entregado.

- Es indispensable que el Asegurado presente confirmación por escrito de la aerolínea (o sus agentes de servicio en tierra) con respecto a la cantidad de horas de retraso y la razón de ese retraso.
- Es indispensable que de manera inmediata el Asegurado notifique a la Compañía la demora o cierre de vuelo.
- El Asegurado podrá reclamar una sola de las coberturas ya sea la Demora en la Salida o Cierre de Vuelo ocurrido en el mismo Viaje.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTAS COBERTURAS

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

- Cualquier costo o cargo por el cual la Empresa Transportista o el proveedor deba o tenga la obligación de compensar al Asegurado.
- Todos los montos de los gastos reales de cualquier compensación proporcionada por el transportista.
- Las reclamaciones cuando el Asegurado no se haya registrado de acuerdo al itinerario que se le entregó. El Asegurado deberá llegar al punto de salida antes de la hora de salida notificada.
- Las reclamaciones cuando el Asegurado no haya obtenido la confirmación de los transportistas (o sus agentes de manejo) por escrito del número de horas de demora y el motivo de la misma.
- Si el Asegurado realizó la reservación, compra de su Viaje o hubiese adquirido este seguro para realizar un Viaje en las fechas para las cuales se hubiere anunciado públicamente una Huelga o Acción Industrial estuviere en curso alguno de los riesgos amparados de esta cobertura.
- El retiro del servicio (temporal o definitivo) del Transporte Público por recomendación de la Autoridad de Aviación o una Autoridad Portuaria



o un organismo similar en cualquier país por causa distinta a los riesgos cubiertos.

7. Cualquier reclamación cuando el Asegurado no se haya demorado por más de 12 horas de la hora de salida programada.

8. Vuelos pagados de manera privada.

El Asegurado podrá reclamar únicamente una modalidad de esta cobertura, ya sea por la Demora en la Salida o Cierre del Vuelo que haya ocurrido para el mismo Viaje.

15. PÉRDIDA EN LA SALIDA O CONEXIÓN DE VUELO

La Compañía reembolsará con límite en la Suma Asegurada que aparece en la Carátula de la póliza por Viaje y para todos los Asegurados afectados que viajen juntos, los gastos por concepto de hospedaje (habitación únicamente) y gastos de viaje en que se incurra de manera necesaria para llegar a su destino o a los vuelos de conexión, si el Asegurado llega a la terminal o aeropuerto, demasiado tarde para iniciar su Viaje como resultado de:

- a) La falla de otro Transporte Público programado; o
- b) La demora de un vuelo de conexión a Su punto de partida cuando la hora de conexión entre vuelos sea de más de 2 horas (deberá permitirse un tiempo de conexión mayor si el sistema de reserva de vuelo requiere periodos mayores para las conexiones); o
- c) Que ocurra un accidente o avería en el vehículo en donde viaja el Asegurado o un suceso mayor que ocasione una demora seria en los caminos en donde viaja;
- d) Condiciones Climatológicas Adversas inesperadas.
- e) Huelga o Acción Industrial.

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

Las reclamaciones se calculan estrictamente a partir de la hora de su salida programada hasta la hora de su salida real.

Los gastos incurridos deberán ser comprobados al presentar todas las facturas y/o recibos requeridos cuando éstos sean superiores al equivalente a 5 dólares Americanos.

Es necesario que el Asegurado, en caso de ser posible presente por escrito el informe del Transporte Público programado en el que se confirme el retraso y cuál fue la causa de éste. La Compañía tendrá en cualquier momento el derecho a requerir o solicitar al Asegurado toda clase de documentación y/o información necesaria o relacionada con los hechos que dieron lugar al retraso e investigar acerca de su veracidad.

El Asegurado sólo podrá hacer uso de uno de los 2 riesgos de esta cobertura, Pérdida en la Salida o Conexión de Vuelo, por los diversos eventos ocurridos en un mismo viaje.

CONDICIONES ESPECIALES

El Asegurado deberá entregar un informe escrito del servicio de policía o de emergencias, o bien un informe de la compañía aseguradora y/o recibo de los reparadores en un periodo de 7 (siete) días después de que el Asegurado vuelva a Casa, si el vehículo en el que viaja se avería o se ve involucrado en un accidente.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTAS COBERTURAS

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

- 1. Las reclamaciones cuando el Asegurado no ha previsto el tiempo suficiente para llegar a tiempo al punto de partida para su registro.**
- 2. Los costos en exceso de la clase de viaje original utilizada en el viaje de salida incurridos cuando el Asegurado toma un sistema de transporte alternativo.**
- 3. Todos los montos de cualquier compensación proporcionada por el transportista.**
- 4. La avería de cualquier vehículo en el que el Asegurado viaje si éste es de su propiedad y no ha recibido el servicio y el mantenimiento pertinente de acuerdo con las instrucciones del fabricante.**
- 5. Cualquier gasto cuando se hayan puesto a disposición arreglos de viaje alternos por la Empresa Transportista**

dentro de las 12 (doce) horas posteriores a la hora de salida real o la hora del vuelo de conexión real.

6. Vuelos pagados de manera privada.
7. Huelga o Acción Industrial que haya iniciado o para el cual se haya anunciado la fecha de inicio antes de que el Asegurado hiciera los arreglos de travesía para el Viaje y/o que adquiriera la Póliza.
8. No se le permite abordar porque está bajo el efecto de drogas o abuso del alcohol o por no presentar un pasaporte, visa u otra documentación válida que requiera el operador del Transporte Público.
9. No se cubrirán los gastos en el caso de que el Asegurado rechace alternativas de traslado.

16. SOBREVENTA DE PASAJES POR LA AEROLÍNEA

CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

Si el Asegurado se registró para un vuelo confirmado y programado, dentro de la hora de registro publicada, e involuntariamente se le niega el abordaje por sobreventa de boletos, la Compañía reembolsará, en exceso de la indemnización de la Empresa Transportista, por conceptos de alimentos en restaurantes en caso de que el Asegurado debiera esperar al menos 6 (seis) horas completas hasta el próximo vuelo que tuviera disponible la aerolínea, con límite en el monto que aparece en la Carátula de Póliza.

El Asegurado podrá reclamar sólo una vez por Sobreventa de Pasajes por la Aerolínea, ocurrida en el mismo Viaje.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

En adición a lo estipulado en la sección V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS, esta cobertura en ningún caso ampara:

1. Cualquier costo o cargo por el que la aerolínea compensará al Asegurado.
2. Cualquier costo o cargo incurrido cuando la negociación al abordaje haya

sido voluntaria y/o no haya sido de forma obligatoria.

3. Cualquier reclamación cuando no se obtenga comprobante escrito de la aerolínea que confirme la imposibilidad de viajar por sobreventa de boletos y el periodo del retraso hasta que se confirme el siguiente vuelo disponible.

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Estos servicios de asistencia surtirán efecto únicamente si el Asegurado se comunica con la Compañía, antes de hacer uso de cualquiera de los servicios.

La Compañía de Asistencia brindará atención y asesoría las 24 horas los 7 días de la semana. En caso de que el Asegurado esté imposibilitado para comunicarse con la Compañía de Asistencia antes de cualquier emergencia, deberá hacerlo tan pronto como sea posible.

PAGO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN EL EXTRANJERO

Si se le admite al Asegurado en un hospital/clínica mientras se encuentra fuera de su País de Residencia, la Compañía de asistencia gestionará el pago y se gestionarán los gastos médicos amparados por la Póliza directamente al hospital/clínica. También gestionará el transporte a Lugar de Residencia cuando esto se considere médicamente necesario, o cuando tenga noticias de una enfermedad seria, lesión o muerte de un Familiar Cercano en Lugar de Residencia. Sírvase comunicarse con la Compañía tan pronto como sea posible.

Para tratamiento ambulatorio simple, el Asegurado deberá cubrir los gastos correspondientes al hospital/clínica y luego solicitarnos el reembolso de gastos médicos a su regreso al País de Residencia. Sírvase tener cuidado de no firmar nada confirmando que usted pagará el tratamiento y cargos en Exceso. Si tiene duda respecto a cualquier solicitud, sírvase llamar a la Compañía de Asistencia para que le oriente.

1. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA DEL ASEGURADO Y BOLETOS DE REGRESO PARA EL ASEGURADO

La Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá los gastos de Hospedaje del Asegurado por la prolongación de la estancia inmediatamente



después de haber sido dado de alta del Hospital, únicamente si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico tratante y el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia.

Este servicio no excederá el límite máximo contratado y tampoco los días naturales señalados en la Carátula de Póliza de Seguro, por Viaje y por Asegurado.

En adición, si el Beneficiario se ve imposibilitado para utilizar su respectivo boleto de viaje de regreso original, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá el pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda al cambio de boleto de viaje o el costo de un nuevo boleto de viaje en clase económica en línea regular con destino a la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario.

2. GASTOS DE HOTEL Y BOLETO DE REGRESO PARA EL ACOMPAÑANTE POR CONVALECENCIA DEL ASEGURADO

La Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá los gastos de Hospedaje para que un Acompañante del propio Asegurado en el mismo Viaje, permanezca con el Asegurado y lo acompañe durante la convalecencia de éste, con la autorización previa de la Compañía de Asistencia.

Este servicio no excederá el límite máximo contratado y tampoco los días naturales señalados en la Carátula de Póliza de Seguro, por Viaje y por Asegurado.

En adición, si el Acompañante se ve imposibilitado para utilizar su respectivo boleto de viaje de regreso original, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá el pago de la penalización o diferencia de tarifa que corresponda al cambio de boleto de viaje o el costo de un nuevo boleto de viaje en clase económica línea regular con destino al País de Residencia del Asegurado.

3. REPATRIACIÓN Y/O TRASLADO A LA RESIDENCIA DE LOS ACOMPAÑANTES MENORES

Si el Asegurado durante el Viaje sufre un Accidente, Enfermedad o Muerte y es trasladado o repatriado y los menores de 18 (dieciocho) años que lo acompañen, se vieran precisados a regresar a su Residencia, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá los gastos de los

boletos en clase económica en línea regular para el regreso de los menores a su lugar de Residencia, así como gastos de Hospedaje.

En caso de que no haya una persona que los acompañe, la Compañía de Asistencia hará los arreglos y en este caso cubrirá los servicios de una persona para que los acompañe a su Residencia.

Este servicio no excederá el límite máximo contratado ni los días calendario indicados en la Carátula de Póliza, por Viaje y por Asegurado.

4. GASTOS DE VIAJE REDONDO Y HOSPEDAJE PARA UN FAMILIAR

En caso de hospitalización del Asegurado cuya duración medicamente se prevea superior a 5 (cinco) días naturales a causa de un Accidente o Enfermedad ocurridos durante el Viaje, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá el costo de un boleto viaje redondo, clase económica en línea regular con origen en la Residencia del familiar designado por el Asegurado, a fin de que esta persona lo acompañe, incluyendo el hospedaje.

Este servicio no excederá el límite máximo contratado ni el número de días naturales indicado en la Carátula de Póliza, por Viaje y por Asegurado.

5. REPATRIACIÓN Y/OTRASLADO MÉDICO DEL ASEGURADO

Si el Asegurado durante el Viaje sufre un Accidente o Enfermedad, y de acuerdo al criterio del Médico tratante y del Equipo Médico de la Compañía de Asistencia determinan que puede regresar a su País de Residencia como pasajero en un vuelo comercial:

- a) Siempre y cuando tenga los cuidados médicos necesarios durante el traslado. La Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá los gastos de transporte (Vuelo clase económica en línea regular), así como tratamiento, suministros y servicios médicos durante la repatriación.
- b) si no requiere de cuidados médicos durante el traslado y no puede utilizar los medios inicialmente previstos, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá los gastos por repatriación por avión (clase económica en línea regular)

La Compañía de Asistencia podrá en cualquier momento, si el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia y el Médico tratante consideran que es médicamente posible y seguro hacerlo:

- Regresar al Asegurado a su Residencia, o
- Trasladarlo al hospital médicamente más conveniente en el País de Residencia.

Si el Médico tratante y el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia especifican una fecha en la que es factible repatriarlo, pero el Asegurado decide no ser repatriado en esa fecha, la responsabilidad de la Compañía para una repatriación posterior, se limitará al pago correspondiente si se hubiera llevado a cabo la repatriación en dicha fecha.

Prevía autorización de La Compañía y si el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia lo considera médicamente necesario se cubrirán:

- Los gastos necesarios de hotel (habitación únicamente) incurridos si es médicamente necesario que el Asegurado permanezca después de su fecha de regreso programada, e incluidos los costos de viaje de regreso a su Residencia si el Asegurado no puede usar su boleto original.
- Los gastos necesarios de hotel (habitación únicamente) y de viaje en que cualquier otra persona incurra, de requerirse, por asesoría médica para acompañarlo o para escoltar a un menor hasta su Residencia.
- Los gastos necesarios y de hotel (habitación únicamente) y de viaje para un amigo o Familiar para que viaje desde el País de Residencia para escoltar a los Asegurados menores de edad hasta su Lugar de Residencia si el Asegurado está físicamente discapacitado para cuidarlos y viaja solo. Si no se puede elegir a una persona, la Compañía de Asistencias seleccionará en conjunto con un Pariente Cercano a la persona que acompañe al menor hasta su Residencia. Si el boleto de regreso previamente reservado para el menor no se puede utilizar, se pagará la clase económica sencilla para que el menor vuelva a su Residencia. No se pagará el viaje y/o el hospedaje que no haya sido gestionado por medio de la Compañía de Asistencia o que se haya incurrido sin previa aprobación de la Compañía de Asistencia.

En caso de que la Compañía de Asistencia le proporcione el transporte o realice el pago de su reclamación y como resultado el Asegurado cuente con boletos de viaje no utilizados, deberá entregar a la Compañía dichos boletos. En caso de que no suceda, la Compañía deducirá el monto de esos boletos de cualquier monto que se le haya cubierto.

6. REPATRIACIÓN Y/O TRASLADO DEL ASEGURADO EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de Muerte del Asegurado durante un Viaje, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá los gastos por los servicios de repatriación y traslado de restos mortales, así como todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- La repatriación o traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en el País de Residencia del Asegurado; o, a petición de un Familiar, la Compañía de Asistencia se hará cargo de los gastos de inhumación o cremación en el lugar del fallecimiento del Asegurado sin exceder el límite máximo contratado para la cobertura de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.
- Un boleto de avión viaje redondo para un Familiar o Representante (en clase económica en línea aérea regular con origen en su País de Residencia) para que acuda al lugar del deceso, en caso de que las autoridades locales competentes así lo requieran.

7. TRASLADO MÉDICO PARA EL ASEGURADO

En caso de que el Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente y se requiera hospitalización de forma inmediata, la Compañía de Asistencia gestionará y cubrirá:

- El traslado del Asegurado, bajo supervisión médica, por los medios indicados por el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia (incluido, entre otros, ambulancia aérea, avión – clase económica en línea aérea regular o ambulancia de terapia intensiva, intermedia o estándar) al centro hospitalario más cercano y apropiado a la Condición Médica del Asegurado.
- Si la Condición Médica permite el traslado del Asegurado, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia se encargará del traslado, bajo supervisión médica y en avión



(en clase económica en línea aérea regular), al hospital o centro médico más cercano a su Residencia.

La Compañía de Asistencia podrá gestionar y realizar el traslado del Asegurado de un centro hospitalario a otro en el país de destino de Viaje o la repatriación, lo anterior siempre y cuando ese traslado cuente con la autorización del Médico tratante.

8. GASTOS LEGALES EN EL EXTRANJERO

La Compañía de Asistencia gestionará con límite en el monto máximo contratado, que opera como monto único y combinado para los diversos gastos legales que aparecen en la Carátula de Póliza de Seguro por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones. También pagaremos los costos razonables de un intérprete que seleccionaremos para el procedimiento judicial.

Con objeto de iniciar una demanda civil por compensación si alguien más causa al Asegurado una lesión corporal, enfermedad o fallecimiento; durante su Viaje.

En caso de que se inicie un proceso civil o penal en contra del Asegurado, siempre y cuando no provenga de un acto doloso o de mala fe, a solicitud del mismo o su Representante la Compañía de Asistencia gestionará, proporcionará y cubrirá los servicios de un abogado con intención de obtener la libertad del Asegurado o defender la responsabilidad que se le imputa por daños a terceros durante un Viaje, encargándose de su defensa, vigilando el proceso hasta su conclusión, siempre dentro del límite máximo contratado para este servicio.

Cómo manejar las reclamaciones por gastos legales.

La Compañía de Asistencia designa a un miembro de su Panel para que se encargue del caso. Sin embargo, si el Asegurado decide designar a un Asesor Legal para que actúe en su nombre deberá notificarlo a la Compañía de Asistencia de inmediato para ese fin. Al momento de que se reciba su notificación se le harán saber las condiciones referentes a tal designación.

Este servicio cuenta con una participación a cargo del Asegurado, denominada copago, cuyo importe aparece en la Carátula de Póliza de Seguro y será a cargo del Asegurado.

CONDICIONES PARTICULARES

1. El Asegurado deberá notificar a la Compañía de Asistencia su reclamación tan pronto como sea posible.
2. La Compañía de Asistencia le proporcionará un formulario de reclamación que se deberá devolver oportunamente con toda la información que se requiera. Y se deberá entregar, toda la información que se requiera para valorar la procedencia de su reclamación; los gastos derivados de la entrega de dicha información correrán por cuenta del Asegurado.
3. La Compañía de Asistencia sólo será responsable por los Costos del Asesor por el trabajo expresamente autorizado por anticipado y por escrito y asumido cuando existan prospectos razonables de éxito.

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA NO INICIARÁ PROCEDIMIENTOS LEGALES EN MÁS DE UN PAÍS POR EL MISMO CASO.

EXCLUSIONES PARTICULARES

En adición a lo estipulado en la sección **V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS**, esta cobertura en ningún caso ampara:

1. Los costos o gastos incurridos antes de que la Compañía de Asistencia acepte la reclamación por escrito.
2. Las reclamaciones que no se notifiquen a la Compañía de Asistencia en un periodo de 30 días después del Siniestro, o tan pronto como sea posible en caso de que el Asegurado se encuentre imposibilitado para notificar antes de ese periodo.
3. Las reclamaciones en contra de la Empresa Transportista; el agente de viajes; operador de recorridos; la Compañía; el empleador del Asegurado; la Compañía de Asistencia o sus representantes.
4. Las reclamaciones en contra de alguien con el que el Asegurado esté viajando o cualquier otro Asegurado bajo la misma Póliza.
5. Las multas o penalizaciones que un Tribunal le adjudique al Asegurado.

6. Los Siniestros que el Asegurado interponga de manera privada.

7. Los Siniestros que surjan cuando el Asegurado viaje dentro de su País de Residencia.

9. TRANSFERENCIA DE EFECTIVO AL ASEGURADO DURANTE EL VIAJE

La Compañía de Asistencia a solicitud del Asegurado o Representante coordinará las transferencias de dinero que sean necesarias para enfrentar una emergencia.

Para poder llevar a cabo la transferencia se deberá depositar la cantidad a transferir en cualquier oficina de la Compañía de Asistencia.

Este servicio opera sin exceder los montos señalados en la Carátula de Póliza.

Los fondos serán entregados en la moneda local del lugar donde se encuentra el Asegurado al tipo de cambio vigente en el lugar y día donde se encuentre el Asegurado, menos los costos involucrados en la transferencia del dinero.

Este servicio no operará si la emergencia se debe a la actividad profesional del Asegurado o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por abandonar el lugar de los hechos o por abandonar los procesos legales instaurados en su contra.

10. ASISTENCIA POR EXTRAVÍO O ROBO DE PASAPORTE O VISA DEL ASEGURADO

En caso de extravío o robo de pasaporte y/o visa del Asegurado durante el Viaje la Compañía de Asistencia proveerá la información necesaria, así como el procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el remplazo de dichos documentos extraviados o robados.

11. ENVÍO DE MEDICAMENTOS PARA EL ASEGURADO

Si durante el Viaje, y a solicitud del Asegurado, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia de acuerdo con el Médico tratante valida que el Asegurado tiene la necesidad de utilizar un medicamento con el que no cuenta en ese momento y sea imposible su adquisición en el lugar donde se encuentra el Asegurado, se

gestionará el envío del medicamento conforme a la prescripción del Médico tratante al lugar donde se encuentre. El costo del medicamento será a cargo del propio Asegurado.

Este servicio quedará sujeto a disponibilidad, existencia y restricciones sanitarias del país donde se encuentre el Asegurado.

12. SERVICIO DE CONCIERGE

La Compañía de Asistencia facilitará al Asegurado un programa completo de asistencia personal a través del teléfono o email, incluidas entre otras, las reservaciones en restaurantes, entradas para eventos populares, deportivos y culturales, compras personales, horarios para jugar golf, servicios empresariales, apoyo en destinos de Viaje, referencia para la localización de objetos difíciles de encontrar, informaciones previas y asesoramiento durante el Viaje.

CONDICIONES PARTICULARES

- La Compañía de Asistencia proporcionará la información antes mencionada de las principales ciudades del mundo en un plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas.
- Los servicios antes mencionados se refieren a información o gestión de los mismos, siempre y cuando existan y estén disponibles en el lugar y momento donde se solicitan, quedando a cargo del Asegurado los costos de los servicios solicitados; de los bienes adquiridos; de los honorarios que se generen, así como boletos de los espectáculos, conciertos, eventos deportivos, culturales y cualquier otro. En caso de no existir dichos servicios en el momento y lugar donde se soliciten, la Compañía de Asistencia hará lo posible por ayudar al Asegurado a obtenerlos, en un lugar cercano al lugar donde se requieran.
- La Compañía de Asistencia será únicamente responsable de la gestión del servicio, pero no con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por los prestadores de servicios que gestionan sus empresas o sociedades de las que formen parte.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Adicional al apartado V. Riesgos, Bienes, Daños y Gastos No Amparados de las Condiciones Generales de esta



Póliza, la Compañía de Asistencia en ningún caso será responsable en los siguientes supuestos:

1. El Asegurado hace uso de alguno de los servicios antes de ponerse en contacto con la Compañía de Asistencia, salvo que el Asegurado se encuentre imposibilitado para hacerlo.
2. Las situaciones de asistencia que ocurran durante Viajes realizados por el Asegurado en contra de prescripción médica.
3. Los Servicios de Asistencia solicitados con posterioridad a los primeros 45 (cuarenta y cinco) días consecutivos de cada Viaje.
4. Los Servicios de Asistencia solicitados fuera de la vigencia del plan contratado.
5. Los Servicios de Asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado o pagado por su cuenta, salvo que el Asegurado se encuentre imposibilitado para notificar a la Compañía de Asistencia.
6. El rescate o aquellas situaciones en las que el Asegurado se encuentre en circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias que exijan la asistencia o intervención de especialistas en rescate de cualquier tipo, como: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados y carreteras, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás accidentes en esas áreas.

7. Los retrasos e incumplimientos de la prestación, coordinación, organización y atención de los Servicios de Asistencia, originados por causas de fuerza mayor o por características administrativas o políticas especiales del país, estado, población, condado o municipio en que deban gestionarse tales servicios.
8. El costo de cualquier transferencia de dinero o gastos de envío.
9. Los costos que se generen por la emisión o compra de nuevos documentos para el Viaje de regreso.
10. Los costos de las llamadas telefónicas, que no sean llamadas a la Compañía de Asistencia para notificar el problema de las cuales el Asegurado cuenta con el comprobante u otra constancia que refleje el costo de la llamada y el número al que se llamó.
11. Cualquier tipo de gasto o Servicio de Asistencia que no se encuentre descrito en esta sección de servicios de Asistencia.

V. RIESGOS, BIENES, DAÑOS, MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS NO AMPARADOS

Queda entendido y convenido que este Contrato de Seguro en ningún caso ampara reclamaciones, gastos o siniestros ocurridos por, con causa o derivados de:

1. Gastos médicos derivados de Enfermedades o Padecimientos Preexistentes,
2. Cuando el Asegurado no haya proporcionado la documentación necesaria que la Compañía solicite para analizar la procedencia de la reclamación.
3. La participación o práctica del Asegurado en vuelos (excepto como pasajero que paga una tarifa en una aeronave que transporta pasajeros plenamente autorizada), servicio de entretenimiento remunerado, deportes profesionales,

- carreras (que no sean a pie), rallies motorizados y competencias motorizadas, carreras en pista de conducción o cualquier prueba de velocidad en vehículos motorizados o pruebas de motorizados.
4. El uso de vehículos motorizados de dos, tres ruedas o cuatrimotos de más de 50cc; en el caso de vehículos de 50cc o menos, su uso no estará amparado a menos que el Asegurado cuente con una licencia de conducir vigente aplicable, que le permita el uso de esos vehículos en su País de Residencia y en el destino de Viaje, y se use un casco de protección. Esto no aplicará al viajar como pasajero en mototaxi, siempre y cuando éste sea parte de una compañía de taxis oficialmente autorizada y registrada y esto pueda ser verificado mediante el comprobante de registro.
 5. Los costos de las llamadas telefónicas que no sean a la Compañía de Asistencia para notificar la ocurrencia de un Siniestro de las cuales el Asegurado cuenta con el comprobante u otra constancia que refleje el costo de la llamada y el número al que se llamó.
 6. La participación o práctica de deportes o actividades distintas a las mencionadas en el apartado de Deportes y Actividades.
 7. La intención o realización por parte del Asegurado de suicidio; por lesionarse deliberadamente; por usar cualquier droga no prescrita por un Médico, o encontrarse bajo la influencia de drogas, alcohol, psicotrópicos o enervantes.
 8. La auto exposición a peligros innecesarios, excepto en un intento por salvar una vida humana.
 9. Cualquier reclamación que surja porque el Asegurado participó en una pelea, excepto si se actúa en defensa propia.
 10. El Asegurado viaje en contra de cualquier requisito de salud estipulado por el Médico tratante.
 11. El costo de los boletos de avión que exceda la clase económica para la persona que la Compañía de Asistencia y el Pariente Cercano designen para que acompañe al Asegurado y/o los menores de edad en caso de repatriación médica (cualquier aumento en el costo debido a un ascenso de clase en los boletos de avión que se soliciten deberá ser al costo de la persona que viaja).
 12. Acciones ilícitas del Asegurado o cualquier procedimiento penal en su contra, extravío o daño realizado o causado deliberadamente por el Asegurado.
 13. Extravío, daño o gasto posterior al siniestro que el Asegurado reclama, como el costo incurrido en la preparación de una reclamación, pérdida de utilidades, pérdida o costos incurridos que surjan de la interrupción de sus actividades laborales o negocios, inconveniencia, peligro o congoja.
 14. Pérdidas o daños a miembros de las Fuerzas Armadas, Policía, Bomberos, Servicios de Asilo o Ambulancia por eventos diferentes a la cancelación del permiso autorizado debido a motivos operacionales.
 15. El viajar a un país o zona específica a la que un organismo regulador en el País de Residencia del Asegurado o la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya recomendado no viajar; o bien, se encuentre oficialmente en embargo por parte de las Naciones Unidas. Recomendamos informarse a través de los sitios web oficiales.
 16. Costos de llamadas telefónicas o faxes, cargos por Internet a menos que estén documentados como costos para ponerse en contacto con la Compañía de Asistencia.
 17. El Asegurado no esté tomando el medicamento prescrito o no siga el tratamiento recomendado por el Médico.
 18. Guerra, invasión, actos del enemigo del exterior, hostilidades o bien operaciones bélicas (sea que la



guerra se haya declarado o no), por guerra civil, rebelión, Actos Antropogénicos, revolución, insurrección, conmoción civil asumiendo la parte del levantamiento o que contribuya a éste, o por poder militar o usurpación de poder. Esta exclusión no aplica para Gastos Médicos por Emergencia, y Muerte Accidental salvo que esos gastos sean originados por un ataque nuclear químico o biológico, o por los disturbios que ya se estén suscitando al inicio de cualquier Viaje.

19. Ionización, radiación o contaminación por radioactividad de cualquier combustible o desperdicio nuclear; de la combustión de combustible nuclear, con propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier otra propiedad peligrosa de cualquier ensamble nuclear o componente nuclear de tal ensamble.

20. Pérdida, destrucción o daño ocasionado por ondas de presión originadas por una aeronave y cualquier otro dispositivo aéreo que viaje a la velocidad sónica o supersónica.

21. Procedimientos o tratamientos de carácter estético, cosmetológico o plástico o para calvicie; tratamientos dietéticos, de obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones. Los procedimientos para la corrección y/o manejo de la obesidad o reducción de peso, incluida la cirugía bariátrica para tratamiento de diabetes y para el reflujo. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir las alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías y sus complicaciones. Los tratamientos para la impotencia sexual o disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Emergencias Médicas cuyos gastos estén cubiertos. El tratamiento para la osteoporosis y osteopenia. El tratamiento terapéutico con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia

(presbyopia), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía, queratocono, o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.

22. Tratamientos experimentales y sus complicaciones, que no estén legalmente autorizados en el lugar donde se encuentre el Asegurado. Los tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados por Médicos sin cédula profesional, acupunturistas, naturistas y homeópatas. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico de los Médicos que traten la Emergencia Médica distinto a la especialidad que tenga legalmente registrada. Los honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o su familiar en línea recta. El tratamiento o cirugía, incluidos los exámenes exploratorios, que no estén directamente relacionados con la Emergencia Médica ocurrida durante el Viaje y que hizo necesaria la hospitalización del Asegurado.

23. La reposición y compostura total o parcial de prótesis, implantes, injertos o aparatos ortopédicos, así como la compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, brotones y cualquier adición ortopédica al zapato, aparatos auditivos e implantes cocleares.

24. Siniestros ocurridos durante el Viaje desde la Residencia del Asegurado hacia su segunda Residencia y viceversa, a menos que la distancia entre ellos sea mayor a 75 kilómetros.

25. Costos de rescate aéreomarítimo.

VI. CLÁUSULAS GENERALES

1. COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de este Contrato de Seguro principia y termina en las fechas indicadas en la Carátula de la Póliza.

- a) Los Asegurados inscritos en la Carátula de Póliza quedarán cubiertos de acuerdo con los términos y condiciones especificados en la sección IV. Coberturas, a partir de la fecha de inicio del Viaje.
- b) La cobertura de Cancelación de Viaje surtirá efecto al momento de compra del paquete de Viaje siempre y cuando se encuentre dentro del inicio de cobertura del Contrato.

2. SUMA ASEGURADA

Para cada cobertura contratada, las sumas aseguradas que se establecen en la Carátula de Póliza de Seguro constituyen únicamente la responsabilidad máxima de la Compañía elegida por el Asegurado. Aplicará para cada una de las coberturas indicadas en el presente Contrato, por Asegurado, por cada Viaje **Y NO SERÁ REINSTALABLE**, hasta la adquisición de su siguiente Viaje.

Si en el Contrato de Seguro se establece un sublímite para cualquiera de las coberturas contratadas, prevalecerá dicho sublímite en caso de Siniestro.

3. PERIODO DE BENEFICIO

Este periodo se aplica en caso de no renovación o cancelación del Contrato de Seguros, la Compañía cubrirá el pago de Siniestros ocurridos dentro del plazo del Contrato de Seguro, teniendo como límite cualquiera de las siguientes situaciones (lo que ocurra primero):

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada, es decir, el monto de los gastos cubiertos en este contrato ha rebasado la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de Póliza.
- b) Gastos incurridos hasta 5 (cinco) días calendario después de la terminación, resolución, cancelación o expiración de validez.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital con respecto al Accidente, Enfermedad o Condición cubierto que haya afectado al Asegurado.
- d) Regreso a la Residencia Permanente.

En caso de rescisión del Contrato de Seguro, el periodo de beneficio no tendrá efecto, limitando la obligación de la Compañía de pagar los gastos médicos pendientes que se hayan

presentado a la Compañía antes de la fecha de rescisión del contrato y no tengan relación con el Incidente o reclamación que dio lugar a la rescisión.

4. PERIODO DE GRACIA

Lapso de 90 (noventa) días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro o primer recibo para el pago de la prima, que tiene el Asegurado para liquidar el total de la prima o la fracción correspondiente, en caso de pago fraccionado. En caso de que el pago haya sido acordado a plazos, en las parcialidades posteriores a la primera recepción, el periodo de gracia será de 90 (noventa) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento de cada recibo.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término estipulado, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de ese plazo.

En caso de Siniestro ocurrido dentro del periodo de gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

5. CORRECCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la Carátula de Póliza de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Carátula de Póliza de Seguro. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Carátula de Póliza de Seguro o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Asegurado y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.



6. COMUNICACIONES

Cualquier comunicación o notificación que el Asegurado requiera efectuar en relación con el presente seguro, deberá entregarse por escrito en el domicilio de la Compañía señalada en la Carátula de Póliza de Seguro o a través de cualquier medio de comunicación autorizado por la Compañía.

El Asegurado deberá notificar a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia del seguro.

Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía haga al Asegurado surtirán sus efectos siempre que se dirijan al domicilio correspondiente al mismo, mencionado en la Carátula de Póliza de Seguro o en el endoso correspondiente en caso de notificación.

7. PRIMAS

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante, a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, según establezca en la Carátula de la Póliza.

La prima corresponde a las tarifas en vigor a la fecha de inicio de vigencia del presente Contrato de Seguro, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del cliente o el comprobante de pago del banco emisor.

8. CANCELACIÓN DEL CONTRATO A SOLICITUD DEL ASEGURADO

Este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en los términos siguientes: Si el Asegurado desea darlo por terminado, deberá dar aviso por escrito a la Compañía. En este caso la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo de acuerdo con la siguiente tarifa:

Si la cancelación se solicita dentro de los primeros 6 (seis) meses después de la contratación, el equivalente del 50% del total de la prima anual corresponde a la Compañía.

9. TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado y la Compañía reconocen y ratifican que, acorde a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el presente contrato está regido por el principio de la buena fe y suscrito bajo él mismo.

El Asegurado expresamente conviene en que la Compañía también estará facultada para dar por terminado anticipadamente al cumplimiento de su vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna este Contrato de Seguro, cuando del análisis de las informaciones o la documentación que presenten para sustentar cualquier reclamación de pago o reembolso; situación o circunstancia inherente al Siniestro correspondiente, se pueda presumir que el Asegurado o sus representantes o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos participe en tales hechos, con la finalidad de hacer incurrir a la Compañía en error, disimule o altere cualquier hecho que incida de cualquier forma en las obligaciones que conforme a este Contrato asume la Compañía, tales como:

- a) Disimular, omitir o declarar falsa o inexactamente cualquiera de dichos hechos; las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del Siniestro, o las consecuencias de la reclamación o de la realización del Siniestro; o,
- b) Falsificar o alterar los documentos públicos o privados en que se fundamente su reclamación; o,
- c) Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos o privados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o reembolso, o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al Siniestro.

Al efecto, la Compañía notificará al Asegurado la rescisión del Contrato de Seguro por escrito y de manera fiable, los motivos así como el sustento dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que la Compañía haya tenido los elementos, documentos o informaciones inherentes al hecho correspondiente.

Una vez que el Asegurado de la Póliza haya recibido la notificación mencionada en el párrafo anterior, los efectos futuros del Seguro serán rescindidos por adelantado, a partir de ese momento y la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo relacionado con la reclamación

que motivó la terminación anticipada del Contrato de Seguro, así como las que se deriven del Incidente relacionado.

Sin embargo, la Compañía cumplirá íntegramente y de acuerdo con el resto de las condiciones pactadas en este Contrato de Seguro, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y Sinistros que se hubieren presentado o reclamado con anterioridad válidamente y sean distintos a la que motivó la terminación anticipada del Contrato de Seguro.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Asegurado o sus representantes, incurriendo en cualquiera de las causales previstas en esta Cláusula, hayan obtenido un lucro indebido en perjuicio de la Compañía.

10. REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia del Contrato de Seguro el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía que 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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

11. RENOVACIÓN

Este Contrato de Seguro podrá renovarse de manera automática salvo que el Asegurado notifique a la Compañía instrucción en contrario.

La renovación de los planes en los que aplica, se realizará bajo los siguientes términos:

- a) Sin requisitos de asegurabilidad.
- b) No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuyas edades, en la fecha de inicio de vigencia de las mismas, estén fuera de los límites de admisión y cancelación establecidas en este Contrato de Seguro.
- c) Las primas de renovación en los plazos subsecuentes serán las que se encuentren en vigor y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de renovación de la Póliza.

La renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro, pudiendo modificar Sumas Aseguradas, Deducibles, Coberturas otorgadas y/o alcances de las mismas.

Ningún Viaje que haya iniciado cuando el Asegurado haya comprado este seguro estará amparado, excepto cuando el Asegurado renueve la Póliza existente que venza para renovación durante el Viaje y que no haya ningún periodo al descubierto en la cobertura.

12. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años con excepción de la cobertura de Muerte Accidental la cual prescribirá en 5 (cinco) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

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

El término de la prescripción se suspende al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 a de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

13. ZONA DE COBERTURA (TERRITORIALIDAD)

Para efectos de este Contrato de Seguro solamente estarán protegidos los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

Este Contrato de Seguro cubre al Asegurado dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con estas Condiciones Generales.

El Asegurado tiene la obligación de notificar a la Compañía el lugar de Residencia del Asegurado y su Familia Asegurada, así como el cambio de Residencia de los mismos.



La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar el Viaje al momento de la solicitud de servicios.

14. RESTRICCIÓN DE COBERTURA

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ninguna reclamación o el pago de algún beneficio derivado de esta Póliza, cuando ello implique a la Compañía alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico legal, establecida en resoluciones emitidas por las Naciones Unidas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América, o bien, por encontrarse en listas o resoluciones restrictivas, emitidas por organismos internacionales reconocidos por el Gobierno Mexicano.

15. MONEDA

Todos los valores del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada y Primas estarán denominados en la moneda especificada en la Carátula del Contrato de Seguro, sin embargo, todos los pagos convenidos que se deriven de éste se efectuarán en moneda nacional conforme al artículo 8 de la Ley Monetaria, a la fecha de pago.

16. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, mediante cualquier documento en donde el cliente amplíe la información solicitada, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de conformidad con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

17. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Para los efectos del presente contrato es cuando se produce un nuevo estado distinto al que existía al celebrarse el Contrato de Seguro, respecto de lo declarado por el Asegurado y que sirvió de base para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía; así como lo derivado de situaciones en las que el Asegurado se haya expuesto en incumplimiento a los artículos 52, 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

18. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes estancias:

- a) La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- b) 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, 70, 71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. De no someterse las partes al Arbitraje de la Condusef, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del Contratante o Asegurado para que los haga valer ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de las delegaciones regionales de la Condusef. En todo caso, queda a elección del Contratante o Asegurado acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

En el supuesto que el Contratante o Asegurado así lo determinen, podrá hacer vales sus derechos conforma a lo estipulado en la cláusula 31. Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Generales.

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE):

Teléfonos:

Desde cualquier lugar de la República Mexicana:
01 800 737 76 63 (opción 1)

En el Distrito Federal: 5169 2746 (opción 1)

Dirección: Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl,
Del. Benito Juárez, 03200, en la Ventanilla Integral
de atención de AXA.

Escríbenos a axasoluciones@axa.com.mx, o ingresa a axa.mx/web/servicios-axa/quejas.

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 Condusef

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

En el Distrito Federal: (55) 53 40 0999

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, México, D.F., C.P. 03100.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver:

[www.condusef.gob.mx/index.php/oficinasde-atención](http://www.condusef.gob.mx/index.php/oficinasde-atencion)

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

19. EDAD

- a) La edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacido y hasta los 80 (ochenta) años. En los casos de renovación el Contrato de Seguro podrá ser renovado hasta los 80 (ochenta) años 11 meses.
- c) La edad de aceptación para el Contratante será de 18 (dieciocho) años hasta 99 (noventa y nueve) años 11 meses.
- d) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, las coberturas y beneficios del presente Contrato de Seguro quedarán rescindidos de acuerdo con lo establecido en los artículos 171, 172 y 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

20. SINIESTROS

Al ocurrir algún Siniestro que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este seguro, el Asegurado, sus representantes o apoderados tendrán la obligación de reportarlo a la Compañía a la brevedad posible, por escrito, correo electrónico o vía telefónica y confirmarlo por escrito, dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a partir del momento en que se tenga conocimiento del hecho. Esta comunicación sólo será válida cuando la Compañía le asigne un número de Siniestro.

La falta oportuna de este aviso podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiera importado el Siniestro, si

la Compañía hubiera tenido pronto aviso sobre el mismo, salvo si se prueba que tal retraso se debió a causa de Fuerza Mayor o Caso Fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

La Compañía quedará liberada de todas las obligaciones del Contrato si el Asegurado, sus representantes o apoderados retrasan el aviso con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.

Cuando la Compañía reciba notificación del Siniestro tendrá el derecho de inspeccionar el daño, en caso de requerirlo.

El aviso oportuno y la información que el Asegurado o sus representantes proporcionen a la Compañía, así como la ayuda que la Compañía preste al Asegurado para la determinación del daño o la pérdida, en ningún momento se interpretarán como la aceptación de la responsabilidad por parte de la Compañía.

21. DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES A ENTREGAR A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado está obligado a comprobar la exactitud de su reclamación y de cuantos asuntos estén consignados en la misma. La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o del Beneficiario toda clase de informes sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Para agilizar el trámite de su siniestro, el Asegurado deberá entregar a la Compañía, los documentos y datos requeridos específicamente de acuerdo con su reclamación.

El Asegurado deberá conservar cualquier artículo dañado ya que la Compañía podría necesitarlo para dictaminar y deberá evitar negociar o realizar arreglo alguno de cualquier reclamación sin previo consentimiento escrito de la Compañía.

A continuación se encuentra una lista de los documentos mínimos necesarios para ayudarlo a tramitar su reclamación lo más pronto posible.

Si no proporciona la documentación necesaria se podrá rechazar su reclamación:



- Facturas y/o comprobantes de reservas originales así como los documentos de viaje que muestren las fechas de viaje y fechas de reserva.
- Recibos y/o comprobantes originales de todos los gastos generales que deba pagar.
- Las facturas o comprobantes originales pendientes de pago.
- Los detalles de cualquier otro seguro que también cubran el Siniestro.
- Cualquier documento que tenga para sustentar su reclamación.
- Para todas las reclamaciones relacionadas con enfermedad o lesión se necesitará que el Médico quelotratelleneelinformemédico.Paracualquier reclamación relacionada con fallecimiento requerimos que el Médico tratante llene el certificado médico y se entregue copia del acta de defunción.
- Los comprobantes o pruebas de propiedad originales del bien robado, extraviado o dañado.

22. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Compañía a pesar de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pago dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

23. PERITAJE

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación, y exista desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía, el caso será sometido a dictamen de un perito nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes.

Si no se pusieran de acuerdo en el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 (diez) días hábiles a partir de la fecha en que una de ellas hubiera sido requerida por escrito por la otra para hacerlo. Antes de empezar sus labores, dichos peritos nombrarán a un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negara a nombrar a su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerida por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial o la CONDUSEF quien, a petición de cualquiera de las partes o de ambas, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario.

Los peritos practicarán sus peritajes conjunta o separadamente, con asistencia o no de las partes, según lo estimen conveniente. Los peritos presentarán su dictamen, salvo pacto en contrario, dentro del plazo de 30 (treinta) días hábiles después de haber sido nombrados. Si están de acuerdo con el dictamen, lo extenderán en un mismo escrito firmado por los dos. Si no lo estuvieran, formularán su dictamen en escritos por separado.

Los honorarios de cada perito serán pagados por la parte que lo nombró y los del tercero, por ambas partes. El nombramiento de peritos con motivo de la resolución del caso del Siniestro interrumpirá la prescripción de las acciones que se deriven del Contrato de Seguro. El peritaje a que esta cláusula se refiere no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente establece el mecanismo para determinar las causas que dieron lugar al Siniestro, su procedencia en cuanto a coberturas y la valorización.

24. OTROS SEGUROS

Esta cláusula es aplicable únicamente para las coberturas 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 y 16 del apartado III. Cobertura de estas Condiciones Generales.

El Asegurado tiene la obligación de dar aviso por escrito a la Compañía cuando tenga conocimiento de la existencia de otro u otros seguros que se haya contratado antes o durante la vigencia de este seguro sobre el mismo interés, cuya vigencia se empalme con la del presente seguro, ya sea cubriendo todo o parte de los mismos bienes y riesgos. El Asegurado indicará el nombre de las compañías aseguradoras y las sumas aseguradas.

Los Contratos de Seguro de que trata esta cláusula, celebrados de buena fe en la misma o diferente fecha, serán válidos y obligarán a cada una de las compañías aseguradoras en forma proporcional a las sumas respectivamente aseguradas, hasta el

valor íntegro del daño sufrido y dentro de los límites de las sumas que hayan asegurado.

En caso de que la Compañía pague el valor íntegro del daño sufrido y dentro de los límites de la suma asegurada, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas.

Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso del que trata esta cláusula, o si contrata diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

25. INDEMNIZACIÓN

En caso de Siniestro, entendiéndose como tal la realización de la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización, la Compañía aplicará la participación del Asegurado fijada en la Carátula de Póliza.

Salvo pacto en contrario, la Compañía hará el pago de la indemnización en el lugar y forma que señale, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que las partes hayan firmado el convenio de ajuste, previo a haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

26. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada contra terceros en todos los derechos y acciones que por causa del daño sufrido que correspondan al Asegurado.

La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien, si es civilmente responsable de la misma.

27. IMPUESTOS

Los pagos que realice la Compañía a sus Beneficiarios de la Póliza o Beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.



LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	
<p>La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:</p> <p>I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;</p> <p>II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;</p> <p>III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y</p> <p>IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.</p> <p>El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio. La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.</p>	Artículo 214
<p>Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;</p> <p>II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;</p> <p>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;</p>	Artículo 276

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Artículo
276

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO (LSCS)	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Artículo 8
Si el Contrato se celebra por un representante del Beneficiario de la Póliza, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Artículo 9
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercer Beneficiario de la Póliza o de su intermediario.	Artículo 10
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Beneficiario de la Póliza podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.	Artículo 25
El Beneficiario de la Póliza deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Beneficiario de la Póliza omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Artículo 52
<p>Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:</p> <p>I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;</p> <p>II.- Que el Beneficiario de la Póliza conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Beneficiario de la Póliza, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.</p>	Artículo 53
Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del Beneficiario de la Póliza con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.	Artículo 54
La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Beneficiario de la Póliza o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.	Artículo 68
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Beneficiario de la Póliza o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.	Artículo 69
<p>El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.</p> <p>Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.</p>	Artículo 71

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO (LSCS)	
Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán: En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Artículo 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Artículo 82
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente Ley. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) interrumpirán la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.	Artículo 84
Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.	Artículo 100
Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.	Artículo 101
Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado. También operará la concurrencia de seguros en el caso de los seguros contra la responsabilidad en los que el valor del interés asegurado sea indeterminado.	Artículo 102
La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas. Tratándose de la concurrencia de seguros contra la responsabilidad, las empresas de seguros participarán en cantidades iguales en el pago del siniestro. Si se agota el límite o suma asegurada de cualquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado en cantidades iguales por las empresas con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad de cada una de ellas.	Artículo 103

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO (LSCS)	
<p>Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Beneficiario de la Póliza, la empresa 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 empresa, pero en este caso se devolverá al Beneficiario de la Póliza la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.</p>	<p>Artículo 171</p>
<p>Si la edad del Beneficiario de la Póliza estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <p>I.- Cuando, a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;</p> <p>II.- Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Beneficiario de la Póliza, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;</p> <p>III.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Beneficiario de la Póliza en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.</p> <p>IV.- Si con posterioridad a la muerte del Beneficiario de la Póliza se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>	<p>Artículo 172</p>
<p>Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Beneficiario de la Póliza presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el Siniestro por muerte del Beneficiario de la Póliza.</p>	<p>Artículo 173</p>

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 50 Bis



LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS	
<p>La Comisión Nacional recibirá las reclamaciones de los Usuarios con base en las disposiciones de esta Ley. Dichas reclamaciones podrán presentarse ya sea por comparecencia del afectado, en forma escrita, o por cualquier otro medio idóneo, cumpliendo los siguientes requisitos:</p> <p>I. Nombre y domicilio del reclamante;</p> <p>II. Nombre y domicilio del representante o persona que promueve en su nombre, así como el documento en que conste dicha atribución;</p> <p>III. Descripción del servicio que se reclama, y relación sucinta de los hechos que motivan la reclamación;</p> <p>IV. Nombre de la Institución Financiera contra la que se formula la reclamación. La Comisión Nacional podrá solicitar a la Secretaría y a las Comisiones Nacionales los datos necesarios para proceder a la identificación de la Institución Financiera, cuando la información proporcionada por el Usuario sea insuficiente, y</p> <p>V. Documentación que ampare la contratación del servicio que origina la reclamación.</p> <p>La Comisión Nacional estará facultada para suplir la deficiencia de las reclamaciones en beneficio del Usuario.</p> <p>Las reclamaciones podrán ser presentadas de manera conjunta por los Usuarios que presenten problemas comunes con una o varias Instituciones Financieras, debiendo elegir al efecto uno o varios representantes formales comunes.</p>	Artículo 63
<p>Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>	Artículo 65
<p>La Comisión Nacional correrá traslado a la Institución Financiera acerca de la reclamación presentada en su contra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la misma, anexando todos los elementos que el Usuario hubiera aportado, y señalando en el mismo acto la fecha para la celebración de la audiencia de conciliación, con apercibimiento de sanción pecuniaria en caso de no asistir.</p> <p>La Comisión Nacional podrá en todo momento solicitar a la Institución Financiera información, documentación y todos los elementos de convicción que considere pertinentes, siempre y cuando estén directamente relacionados con la reclamación.</p> <p>Tratándose de instituciones de fianzas, deberá citarse al fiado en el domicilio que la Institución tuviere de éste o de su representante legal.</p>	Artículo 67

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se alegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

Artículo 68

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS	
<p>VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.</p> <p>Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.</p> <p>En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.</p> <p>En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.</p> <p>La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;</p> <p>La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.</p> <p>Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.</p> <p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento.</p> <p>El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;</p> <p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p>	<p>Artículo 68</p>

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS	
<p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.</p> <p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p> <p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	Artículo 68
<p>En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se acordará como falta de interés del Usuario y no podrá presentar la reclamación ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario.</p> <p>La falta de comparecencia del fiado o de su representante, no impedirá que se lleve a cabo la audiencia de conciliación.</p>	Artículo 69
<p>En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.</p>	Artículo 70
<p>Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.</p>	Artículo 71
<p>En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.</p>	Artículo 72 Bis

LEY MONETARIA	
<p>La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio vigente en el lugar y fecha en que deba hacerse el pago.</p> <p>Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.</p> <p>Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.</p> <p>Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.</p>	<p>Artículo 8</p>

ABREVIATURAS

1. CONDUSEF - Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
2. UNE - Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía
3. USD - Dólares Americanos
4. CC - Centímetros Cúbicos

REGISTRO

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de enero de 2019, número PPAQ-S0048-0006-2019/CONDUSEF-003671-01.

Lined area for notes.

