



VIAJES | SEGURO AUTOMÁTICO CONTRA ACCIDENTES EN VIAJES DE NEGOCIOS

Operado por: **CHUBB**

INSURANCE SERVICES



®



Tabla de Contenido

Sección primera

Disposiciones particulares2

Cláusula 1ª . Coberturas2

Cláusula 2ª . Exclusiones2

Cláusula 3ª . Definiciones3

Cláusula 4ª . Administración de la Póliza 5

Cláusula 5ª . Procedimiento en caso de siniestro6

Cláusula 6ª . Edades de Aceptación6

Cláusula 7ª . Terminación de las coberturas 7

Cláusula 8ª . Cancelación del Seguro 7

Sección Segunda

Disposiciones generales 7

Cláusula 1ª . Prima 7

Cláusula 2ª . Rehabilitación 7

Cláusula 3ª . Vigencia del contrato 8

Cláusula 4ª . Modificaciones al contrato 8

Cláusula 5ª . Omisiones y falsas declaraciones 8

Cláusula 6ª . Selección de riesgo8

Cláusula 7ª . Notificaciones 8

Cláusula 8ª . Competencia 8

Cláusula 9ª . Interés moratorio 8

Cláusula 10ª . Prescripción 8

Cláusula 11ª . Medios de contratación 9

Cláusula 12ª . Moneda 9

Cláusula 13ª . Comisiones o compensaciones a intermediarios o personas morales 9

Cláusula 14ª . Art . 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro 9

Cláusula 15ª . Entrega de documentación contractual (circular 25 .5) 9



SECCIÓN PRIMERA
DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª . COBERTURAS

El **Asegurado** podrá elegir de entre las coberturas básicas y adicionales que se señalan en este apartado las que desea integrar en el seguro, que por lo menos estará integrado por una cobertura básica y una adicional y que aparecerán como contratadas en el Consentimiento/Certificado individual correspondiente:

COBERTURAS POR MUERTE ACCIDENTAL
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL
EN TRANSPORTE PÚBLICO
(COBERTURA BÁSICA)

La **Aseguradora** pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, si el **Asegurado** fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el evento ocurra mientras el **Asegurado** se encuentre como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte de pasajeros. El ascenso y el descenso están cubiertos.

COBERTURAS POR INVALIDEZ
INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL
Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
EN TRANSPORTE PÚBLICO
(COBERTURA ADICIONAL)

Si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el **Asegurado** sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, la **Aseguradora** pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, siempre y cuando el evento ocurra mientras el **Asegurado** se encuentre como pasajero con boleto pagado e itinerario fijo en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte de pasajeros.

CLÁUSULA 2ª . EXCLUSIONES
EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO EL FALLECIMIENTO O LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, TOTAL O PARCIAL DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:
- a) SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.

- b) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
- c) RIÑA PROVOCADA POR ELASEGURADO.

2 . SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- a) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.
- b) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- c) CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
- d) LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMAQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECORROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.
- e) LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

3 . SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AUN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL .

4 . TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO .

5 . AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO .

6 . TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA .

7 . TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES .

8 . ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL .

9 . TERRORISMO O ACTOS DE TERRORISMO, ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, TUMULTO POPULAR, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA) .

10 . FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL .

11 . PADECIMIENTOS PREEXISTENTES .

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA EN TRANSPORTE PÚBLICO

LA ASEGURADORA NO HARÁ NINGÚN PAGOPOR ESTA COBERTURA, SI EL ACCIDENTE QUE PROVOQUE EL FALLECIMIENTO / PÉRDIDA ORGÁNICA / INVALIDEZ DEL ASEGURADO OCURRE EN UN TAXI O EN CUALQUIER OTRO VEHÍCULO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS SI ÉSTE NO TIENE RUTA E ITINERARIO FIJO ESTABLECIDO .

CLÁUSULA 3ª . DEFINICIONES

Para todos los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente:

1 . Accidente cubierto

Toda lesión corporal sufrida por el **Asegurado** como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el **Asegurado**.

2 . Asegurado

Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y que puede tener el carácter de titular cuando así aparezca en la carátula de la póliza, o de familiar cuando aparezca en el endoso de inclusión de familiares y en el certificado correspondiente.

3 . Aseguradora

CHUBB Seguros México, S.A.

4. Beneficiario

Es la persona designada por el **Asegurado** para recibir el beneficio del Seguro en caso de fallecimiento.

5 . Colectividad Asegurada

Se define como Colectividad Asegurada al conjunto de personas que el Contratante va designando como **Asegurados** y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la **Aseguradora**.

6 . Contratante

Es la persona que celebra el Contrato de Seguro con la **Aseguradora** y sobre la cual recae la obligación del pago de las primas.

7 . Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la incapacidad total y permanente que sufra el **Asegurado** a causa de un accidente, que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no operará el periodo de espera: La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. Se presumirá que la invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo de 6 meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentada.

En caso de fallecimiento o rehabilitación del estado de invalidez durante los seis (6) meses posteriores a su dictamen, no procederá el pago de los beneficios por Invalidez Total y Permanente.



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 **Aseguradora**, además de lo establecido en la cláusula relativa a la Comprobación del Siniestro de las Condiciones Generales, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente. El médico de la institución que, en su caso, determine la improcedencia de un dictamen, deberá ser un médico especialista en la materia, y en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, tanto el dictamen como los documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el **Asegurado** dentro de los previamente designados por La **Aseguradora**, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la **Aseguradora** cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del **Asegurado**.

8 . Ley

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro

9 . Médico

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

10. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del **Asegurado** dentro de la Póliza
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del **Asegurado** bajo la Póliza
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, estos no pudieran pasar desapercibidos, será el que

un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La **Aseguradora** sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la **Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que el **Asegurado** haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al **Asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- b) Que previamente a la celebración del contrato, el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la **Aseguradora**, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al **Asegurado** que se someta a un examen médico.

Al **Asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

4. En el caso de que el **Asegurado** manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la **Aseguradora** podrá aceptar el riesgo declarado.

5. **El Asegurado** podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la **Aseguradora**, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La **Aseguradora** acepta que si el **Asegurado** acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al **Asegurado** y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el **Asegurado** y en caso de existir será liquidado por la **Aseguradora**.

11 . Pasajero

Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

12 . Póliza y/o Contrato de Seguro .

Es el testimonio del contrato celebrado entre la **Aseguradora** y el Contratante el cual se integra por la Póliza, sus endosos, anexos, la solicitud del seguro y cualquier otro cuestionario firmado por el Contratante y/o **Asegurado** relacionado con la apreciación del estado de salud del **Asegurado**.

19 . Terrorismo

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades ya sea por la fuerza, violencia y/o la amenaza de la misma, o por la utilización de cualquier otro medio, peligrosas para la vida humana o propiedad contra cualquier persona, propiedad o gobierno, ocasionando daño, lesiones o la muerte de una o varias personas, con fines políticos, religiosos, ideológicos, económicos, étnicos-raciales o de cualquier otra naturaleza, ya sean estos intereses declarados o no.

20 . Transporte Público

Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

CLÁUSULA 4ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Registro de **Asegurados**: La **Aseguradora** formará un registro de **Asegurados**, el cual contará con la siguiente información:

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

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

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

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

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

Altas:

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente.

Certificado individual:

La **Aseguradora** expedirá uncertificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de Certificado, vigencia del seguro, datos del **Asegurado**, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas:

Se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la **Aseguradora** restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Renovación:

Este seguro será renovado automáticamente por periodos iguales, salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la **Aseguradora**, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Obligaciones del Contratante:

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:



- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cancelación del seguro:

- a) **A petición del Contratante:** El seguro será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora; la cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en una sola exhibición, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.
- b) **Cancelación Automática:** Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho plazo.

CLÁUSULA 5ª . PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1 Aviso

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

2 Pruebas

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

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

3 Formas de Indemnización

Para las coberturas por Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente contratadas, la **Aseguradora** pagará la indemnización correspondiente a cada cobertura de conformidad con la forma de pago establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, pudiendo ser alguna de las siguientes:

- a) En una sola exhibición

4 Deducciones

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

CLÁUSULA 6ª . EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad mínima de aceptación será 15 años, con excepción de las coberturas de hospitalización en que la edad mínima de admisión son 16 años. La edad máxima de admisión será la especificada en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

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

Cuando la **Aseguradora** compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del **Asegurado**, la **Aseguradora** 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 **Aseguradora**.

Si la edad estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la **Aseguradora**, se aplicarán las siguientes reglas:

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

tes de admisión autorizados, la **Aseguradora** estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA 7ª . TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas incluidas en esta Póliza terminarán cuando éste alcance la edad establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente para cada cobertura.

CLÁUSULA 8ª . CANCELACIÓN DEL SEGURO

A petición del Contratante:

El seguro respecto a cualquier **Asegurado** será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

Cancelación automática:

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

- El fallecimiento del **Asegurado**;
- Que la prima no sea pagada, después de transcurrido el periodo de gracia.

SECCIÓN SEGUNDA
DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª . PRIMA

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

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

El **Asegurado** gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades;

los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

En caso de siniestro, la **Aseguradora** deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado. La prima convenida podrá ser pagada por el **Asegurado** mediante descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la **Aseguradora** en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el **Asegurado** haya seleccionado.

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

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

CLÁUSULA 2ª . REHABILITACIÓN

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

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

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



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

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

CLÁUSULA 3ª . VIGENCIA DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA 4ª . MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las Disposiciones Particulares, Disposiciones Generales y los Endosos respectivos de esta Póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el **Asegurado** y la **Aseguradora**, quien lo hará constar mediante endosos o cláusulas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Se entenderá que existe acuerdo entre las partes contratantes si una vez enviada la propuesta de modificación al contrato de seguro por la **Aseguradora** a la Asegurada, dentro del plazo previsto en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Asegurada no manifiesta su inconformidad.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la **Aseguradora** no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la **Aseguradora**.

CLÁUSULA 5ª . OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

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

CLÁUSULA 6ª . SELECCIÓN DE RIESGO

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo incluidas en este seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los **Asegurados** se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad.

CLÁUSULA 7ª . NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la **Aseguradora** en el domicilio social indicado en la Carátula o Certificado de la Póliza.

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

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

CLÁUSULA 8ª . COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

CLÁUSULA 9ª . INTERÉS MORATORIO

En caso de que la **Aseguradora**, no obstante 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 pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al **Asegurado**, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

CLÁUSULA 10ª . PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora**.

CLÁUSULA 11ª . MEDIOS DE CONTRATACIÓN

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, conforme a lo establecido en el artículo 36-E de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Los medios de identificación mediante los cuales el **Asegurado** podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el **Asegurado** corrobore que ha proporcionado a la **Aseguradora** la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva. El **Asegurado** es responsable de proporcionar la información descrita, y de los fines para los cuales se utilice dicha información.

Asimismo, el **Asegurado** ratifica que fue informado de los beneficios que integran el plan de seguro contratado, la suma asegurada, la rima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

El medio por el cual se hace constar la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones inherentes al contrato, se realizó por alguno de los siguientes:

- a) Teléfono
- b) Correo
- c) Internet
- d) Fax
- e) Cualquier otro medio electrónico en donde conste la aceptación

Asimismo, se hace del conocimiento del **Asegurado**, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la **Aseguradora**.

CLÁUSULA 12ª . MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del **Asegurado** o por parte de la **Aseguradora**, aun cuando la Póliza se haya contratado en moneda extranjera, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

CLÁUSULA 13ª . COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

Durante la vigencia de la Póliza, el **Asegurado** y/o Contratante podrá solicitar por escrito a la **Aseguradora** le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La **Aseguradora** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA 14ª . ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

CLÁUSULA 15ª . ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (CIRCULAR 25.5)

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Circular S-25.5 de fecha 29 de septiembre de 2009, la **Aseguradora** está obligada, en los contratos de adhesión que celebre bajo la comercialización a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren el tercer párrafo y las fracciones I y II del artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, a hacer del conocimiento del Contratante o **Asegurado** la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

a. La **Aseguradora** se obliga a entregar al **Asegurado** o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de alguno de los siguientes medios:



- i. De manera personal, al momento de contratar el seguro;
- ii. Envío a domicilio, por los medios que la **Aseguradora** utilice para tales efectos.

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

- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el **Asegurado** firmará un documento de acuse de recibo.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice a través de envío a domicilio, la encargada de distribuir y hacer entrega de las Pólizas a cada **Asegurado** será la empresa que la **Aseguradora** tiene contratada especialmente para dicho fin, quien de manera mensual le hará llegar a la **Aseguradora** un listado con la información referente a las Pólizas que efectivamente fueron entregadas durante el mes inmediato anterior.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y podrá ser consultada, adicionalmente, a través de la siguiente página de Internet: <http://www.chubb.com>

b. Si el **Asegurado** o Contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **5258 5800** en el D.F. o resto de la República, **01 800 90 99 800** con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la **Aseguradora** tenga disponibles, obtenga dicha documentación.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.

c. Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el **Asegurado** y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:

- i. Llamar al **5258 5800** en el D.F. o resto de la República, **01 800 90 99 800**;
- ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente;
- iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;
- iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el **Asegurado** y/o Contratante podrá llamar al **5258 5800** en el D.F. o resto de la República, **01 800 90 99 800** para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF- CNSFS0039- 0829-2009 de fecha 31 mayo de 2010.

CHUBB Seguros México, S.A.
Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Cd. de México.