

Seguro de Viaje de Placer Chubb

CHUBB®

Contenido

Sección Primera Disposiciones Particulares	7
Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas	7
Sección I. Muerte Accidental	7
Sección II. Gastos funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años	9
Sección VII. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad	10
Sección XII. Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo	14
Sección XIII. Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes	15
Sección XIV. Gastos por Emergencia Odontológica	17
Sección XV. Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados	19
Sección XVII. Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios	20
Sección XVIII. Gastos Funerarios o Traslado de restos mortales	22
Sección XIX. Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	26
Sección XX. Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	27
Sección XXI. Recuperación en Hotel por Accidente o Emergencia Médica	29

Sección XXII. Gastos por Prolongación de Estancia por COVID-19	31
Sección XXIII. Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	33
Sección XXIV. Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado	35
Sección XXVIII. Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión	37
Sección XXXV. Gastos Legales	39
Cláusula 2ª. Exclusiones Generales	41
Cláusula 3ª. Definiciones	42
Cláusula 4ª. Edad	47
Cláusula 5ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	48
Cláusula 6ª. Cancelación	49
Cláusula 7ª. Límite Territorial y Residencia	50
Cláusula 8ª. Servicios de Asistencia	50
Servicios de Concierge	50
Búsqueda y Localización de Equipaje	51
Servicio telefónico de traductor por emergencia y/o envío de traductor	51
Envío de médico al lugar de hospedaje (2 eventos por viaje)	51
Hotel con motivo de la pérdida de salida o pérdida de conexión; y	51
Asistencia para fianzas judiciales	52
Asistencia para pérdida o robo de pasaporte o visa	52

Envío de medicamentos prescritos	52
<hr/>	
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	52
<hr/>	
Cláusula 1ª. Prima	52
<hr/>	
Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato	53
<hr/>	
Cláusula 3ª. Renovación	53
<hr/>	
Cláusula 4ª. Designación de Beneficiarios	54
<hr/>	
Cláusula 5ª. Competencia	54
<hr/>	
Cláusula 6ª. Comunicaciones y Notificaciones	55
<hr/>	
Cláusula 7ª. Moneda	55
<hr/>	
Cláusula 8ª. Prescripción	55
<hr/>	
Cláusula 9ª. Indemnización por Mora	55
<hr/>	
Cláusula 10ª. Aviso de Siniestro	56
<hr/>	
Cláusula 11ª. Comprobación	56
<hr/>	
Cláusula 12ª. Modificaciones	56
<hr/>	
Cláusula 13ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos	57
<hr/>	
Cláusula 14ª. Agravación Esencial del Riesgo	57
<hr/>	
Cláusula 15ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	58
<hr/>	
Cláusula 16ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	58
<hr/>	
Cláusula 17ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	59
<hr/>	
Cláusula 18ª. Artículos Citados	60
<hr/>	

Invitación para consultar RECAS	76
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades	77
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)	78
Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual	79

Coberturas

Importante:

Este seguro está compuesto por diversas secciones, por lo que las únicas secciones que serán aplicables y estarán amparadas, son las que expresamente aparezcan como contratadas en la Carátula de la Póliza. Verifique las secciones contratadas.

Para efectos de claridad, usted podrá recibir:

- 1. El paquete completo de secciones/coberturas, no obstante que únicamente haya contratado algunas, en cuyo caso, deberá tener en cuenta que solo estarán cubiertas y serán aplicables las expresamente nombradas en la Carátula de Póliza; o**
- 2. Únicamente las secciones/coberturas que haya contratado, de acuerdo con lo establecido en la Carátula de Póliza, por lo que debe tener en cuenta que las secciones/coberturas recibidas no necesariamente seguirán un orden de numeración consecutivo.**

Seguro de Viaje de Placer Chubb

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula 1ª. Especificación de Coberturas

Sección I Muerte Accidental

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección I, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Beneficiario: Significan las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendo pagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en porciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los padres del Asegurado en porciones iguales. En caso de falta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre superviviente del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado deberá comunicarlo a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la porción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

En caso de que esta cobertura haya sido contratada a favor de un Dependiente Económico (mayor de 12 (doce) años), si este fallece la Suma Asegurada se pagará al Contratante.

Riesgo Cubierto

La Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia de este, siempre que el Accidente ocurra mientras el Asegurado se encuentre de Viaje.

Esta cobertura únicamente ampara al Asegurado mientras se encuentre de Viaje, por lo que la muerte accidental del Asegurado con motivo de un Accidente que ocurra en un momento distinto al Viaje no estará cubierta por este seguro.

De conformidad con lo establecido en el artículo 168 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, esta cobertura únicamente es aplicable para el Asegurado y para los Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años al momento de contratación del seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubrirá la muerte accidental del Asegurado mientras se encuentre de Viaje, cuando esta ocurra a consecuencia de:

- 1. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 2. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 3. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
- 4. Servicio militar, actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección.**
- 5. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.
2. Si el Beneficiario es el cónyuge, adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio actualizada. Si se trata del concubinario presentar Constancia de Concubinato ante un Juez de lo Familiar o documento procedente conforme a la legislación civil aplicable.
3. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.
4. Copia del acta de nacimiento de los Beneficiarios, en caso de que los hijos sean los Beneficiarios.

Sección II**Gastos funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

Esta cobertura únicamente será aplicable a los Dependientes Económicos que, al momento de ocurrir el siniestro, sean menores de 12 (doce) años.

La Compañía reembolsará al Asegurado los Gastos Funerarios incurridos por este, como consecuencia del fallecimiento del Dependiente Económico menor de 12 (doce) años, a causa directa de un Accidente y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo, siempre que el Accidente ocurra mientras dicho Dependiente Económico se encuentre de Viaje.

El reembolso se realizará hasta por el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza para esta cobertura.

Esta cobertura únicamente ampara a los Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años mientras estos se encuentren de Viaje, por lo que los gastos funerarios incurridos por el Asegurado como consecuencia de la muerte accidental de un Dependiente Económico menor de 12 (doce) años ocurrida en un momento distinto al Viaje, no estarán cubiertos por este seguro.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes nacionales o dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes internacionales o fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

No se cubrirán los Gastos Funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 (doce) años mientras se encuentre de Viaje, cuando la muerte accidental ocurra a consecuencia de:

- 1. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 2. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
- 3. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
- 4. Servicio militar, actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección.**
- 5. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Acta de defunción en original o copia certificada del Dependiente Económico afectado.**
- 2. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 3. Comprobante de los gastos funerarios erogados por el Asegurado.**

Sección VII Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección VII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Gastos Médicos: Significa los gastos incurridos por indicación o prescripción de un Médico como consecuencia de la atención de una Emergencia Médica, que: (i) sean necesarios para el restablecimiento de la salud y el vigor vital del Asegurado; y/o (ii) que sean parte del tratamiento indicado por el Médico tratante.

Los Gastos Médicos incluyen limitativamente:

1. El costo de honorarios médicos por consultas.
2. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas, así como los honorarios de los ayudantes del Médico que realizó la intervención quirúrgica al Asegurado.
3. El costo por la aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas o documentos correspondientes.
4. El costo de medicamentos; únicamente los utilizados y/o administrados durante la atención de la Emergencia Médica, **por lo que los medicamentos prescritos al Asegurado para la continuación del tratamiento, posteriormente a la Emergencia Médica o alta médica, no se encuentran amparados por esta cobertura.**
5. El costo por el uso de salas de operación o quirófanos, salas de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
6. El costo de Hospitalización, incluyendo limitativamente el uso de una Habitación Estándar y alimentos prescritos por el Médico tratante, únicamente durante el tiempo de estancia Médicamente Necesario para el Asegurado.
7. El costo por utilización de una ambulancia terrestre que traslade al Asegurado del lugar del Accidente o Emergencia Médica al Hospital o centro de salud más cercano.
8. El costo de una enfermera con un límite máximo de 3 (tres) turnos por día, durante el periodo en el que el Asegurado permanezca hospitalizado.
9. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

No se considerarán Gastos Médicos indemnizables conforme a este seguro, aquellos en los que el Asegurado haya incurrido por instrucción o prescripción de un familiar, sea este consanguíneo o por afinidad, no obstante que dicho familiar sea un Médico legalmente acreditado para ejercer esta profesión.

Cualquier gasto médico no expresamente listado en esta definición, no estará cubierto por este seguro.

Riesgo Cubierto

La Compañía a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los Gastos Médicos incurridos por este a consecuencia de la atención de un Accidente y/o una Enfermedad, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) se trate de una Emergencia Médica; y (iii) el primer gasto médico

asociado a la Emergencia Médica cubierta se haya efectuado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad o que haya sucedido el Accidente.

2. Gestionará y cubrirá hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los Gastos Médicos incurridos a consecuencia de la atención de un Accidente y/o una Enfermedad, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) se trate de una Emergencia Médica y (iii) el Asegurado solicite a la Aseguradora atención por Emergencia Médica dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad o que haya sucedido el Accidente.

En caso de que el Asegurado opte por esta modalidad, la red de Médicos, Hospitales, centros de salud y demás proveedores a su disposición, podrá ser consultada comunicándose con la Compañía

Adicionalmente, esta cobertura también ampara únicamente los gastos por honorarios médicos de consulta, en los que el Asegurado incurra, sin que estos sean consecuencia de una Emergencia Médica, por lo que la Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza los gastos por honorarios de consulta (no quirúrgicos) incurridos por el Asegurado, ya sea que este haya acudido al consultorio médico o el Médico acuda al domicilio, hotel o lugar de hospedaje del Asegurado. Este beneficio aplicará siempre que (i) el Asegurado se encuentre de Viaje; y (ii) el gasto por honorarios por consulta médica se haya efectuado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad o que haya sucedido el Accidente.

Este beneficio únicamente cubrirá una vez durante la vigencia de la Póliza, cada uno de los tipos de enfermedades banales que se listan a continuación y siempre que estos no sean diagnosticados por el Médico tratante como padecimientos que puedan evolucionar en una Emergencia Médica:

1. **Afecciones estomacales o digestivas de cualquier tipo, tales como dolor estomacal, alteraciones intestinales menores que causen mayor frecuencia y fluidez de deposiciones, gastritis, agruras.**
2. **Afecciones respiratorias, tales como la faringitis, laringitis, amigdalitis, tos viral, resfriado común, catarro.**
3. **Dolores de cabeza y jaquecas comunes.**
4. **Dolores y afecciones musculares.**
5. **Afecciones óseas comunes, tales como reumatismo.**

Por lo anterior, el Asegurado no podrá ser atendido o reembolsado en más de una ocasión durante la vigencia de la Póliza, por el mismo tipo de enfermedad banal o diagnóstico.

En caso de que el Asegurado haga uso de este beneficio, los montos reembolsables por la Compañía a favor del Asegurado serán deducidos o descontados de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura (Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad).

Límites de Indemnización

1. **Los Gastos Médicos cubiertos solo amparan el uso de una habitación estándar, por lo que en caso de que el Asegurado haga uso de una habitación con características distintas, la**

Compañía únicamente cubrirá los costos de una habitación estándar, dicho gasto no será indemnizable.

- 2. Esta cobertura no ampara Gastos Médicos ni reembolso de honorarios médicos por consulta a causa de una Enfermedad Preexistente, por lo que no es complementaria o acumulable con la cobertura denominada “Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes durante el Viaje del Asegurado”.**
- 3. El pago máximo que efectuará la Compañía por cada Accidente y/o Enfermedad no excederá la Suma Asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo con lo estipulado en la Carátula de la Póliza, independientemente de si se trata de la atención de una Emergencia Médica o del beneficio de reembolso de honorarios médicos por consulta.**
- 4. En caso de que el Asegurado se niegue a seguir las recomendaciones del médico tratante, la responsabilidad de la Compañía terminará.**

Este seguro cubre Gastos Médicos y reembolso de honorarios médicos por consulta por Accidente y por Enfermedad en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. Tratándose de Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, este seguro únicamente cubre Gastos Médicos y reembolso de honorarios médicos por consulta incurridos por el Asegurado a consecuencia de un Accidente.

La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago del siniestro, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura.
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el Periodo de Beneficio que esté estipulado en la Carátula de la Póliza, siguiente a la terminación de la vigencia de la Póliza.
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

Investigación de la Compañía

En caso de que la Compañía requiera de elementos adicionales a los entregados por el Asegurado para el análisis de la procedencia del Gasto Médico realizado y/o del reembolso por honorarios médicos de consulta; la Compañía podrá realizar una investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación de la procedencia de la indemnización, en su caso, del siniestro. Para lo anterior, el Asegurado deberá autorizar por escrito al Médico tratante, así como a las entidades de prestación de servicios de salud que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Compañía. Los gastos derivados de dicha investigación médica correrán a cargo y por cuenta de la Compañía.

La información proporcionada será tratada en todo momento como información confidencial y estará sujeta a las disposiciones establecidas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, por lo que la Compañía la tratará con los más altos estándares de seguridad, garantizando en todo momento su confidencialidad. Los resultados de la investigación estarán disponibles para el Asegurado, en caso de que este así los requiera.

Otros Seguros

Si al momento de la reclamación esta cobertura estuviera amparada total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% (cien por ciento) de los gastos efectivamente incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a la Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquitos que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) en relación con el evento del cual solicite la indemnización.

Exclusiones

No se cubrirá los Gastos Médicos ni los honorarios médicos de consulta derivados de lo siguiente:

- 1. Tratamientos de acné.**
- 2. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un Accidente.**
- 3. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto y/o cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
- 4. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente.**
- 5. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad cubierta haya causado el deterioro de la visión o de la audición.**
- 6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente.**
- 7. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- 8. Enfermedades que son transmitidas sexualmente.**
- 9. Curas de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.**
- 10. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+.**
- 11. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
- 12. Enfermedades congénitas.**
- 13. Enfermedades Preexistentes**
- 14. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
- 15. Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.**
- 16. Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.**
- 17. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.**
- 18. Cualquier tratamiento o cirugía que en opinión del Médico tratante pueda ser demorada hasta que el Asegurado vuelva al lugar de Residencia Permanente.**
- 19. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

- 1. Formato de Informe médico e Historial Clínico.**
- 2. Copia de interpretación de estudios realizados.**
- 3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.**

Sección XII Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XII, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Amateur: Práctica por placer de una actividad, generalmente deportiva o artística, sin recibir habitualmente dinero a cambio.

Pistas Reglamentarias: Pistas que cuentan con senderos o límites marcados para la práctica de los deportes así como con reglamentos y reglas para el uso de las instalaciones.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos derivados de eventos causados por la práctica Amateur de deportes de alto riesgo enlistados expresamente en la Carátula de la Póliza, la práctica de dichos deportes deberá realizarse de manera recreativa, mientras el Asegurado se encuentre de Viaje y el pago de la misma se limitará a la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

La práctica del deporte deberá ser realizada mientras el Asegurado se encuentre de Viaje, durante la vigencia de la Póliza y de manera Amateur, por lo que la Compañía no cubrirá eventos ocurridos por la práctica profesional de los mismos, así como cualquier evento ocurrido mientras el Asegurado no esté de Viaje.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Esta cobertura y la cobertura de Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad son excluyentes entre sí.

Exclusiones

No se cubrirá los Gastos Médicos ni los honorarios médicos derivados de lo siguiente:

- 1. Gastos derivados de la práctica realizada de deportes fuera de Pistas Reglamentarias y autorizadas.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Formato de Informe médico y/o Historial Clínico.
2. Copia de interpretación de estudios realizados.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento.

Sección XIII Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XIII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Gastos Médicos: Significa los gastos incurridos por indicación o prescripción de un Médico como consecuencia de la atención de una Emergencia Médica a causa de una enfermedad preexistente, que: (i) sean necesarios para el restablecimiento de la salud y el vigor vital del Asegurado; y/o (ii) que sean parte del tratamiento indicado por el Médico tratante.

Los Gastos Médicos incluyen limitativamente:

1. El costo de honorarios médicos por consultas.
2. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas, así como los honorarios de los ayudantes del Médico que realizó la intervención quirúrgica al Asegurado.
3. El costo por la aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas o documentos correspondientes.
4. El costo de medicamentos; únicamente los utilizados y/o administrados durante la atención de la Emergencia Médica, **por lo que los medicamentos prescritos al Asegurado para la continuación del tratamiento, posteriormente a la Emergencia Médica o Alta Médica, no se encuentran amparados por esta cobertura.**
5. El costo por el uso de salas de operación o quirófanos, salas de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
6. El costo de Hospitalización, incluyendo limitativamente el uso de una Habitación Estándar y alimentos prescritos por el Médico tratante, únicamente durante el tiempo de estancia Médicamente Necesario para el Asegurado.
7. El costo por utilización de una ambulancia terrestre que traslade al Asegurado del lugar del Accidente o Emergencia Médica al Hospital o centro de salud más cercano.
8. El costo de una enfermera con un límite máximo de 3 (tres) turnos por día, durante el periodo en el que el Asegurado permanezca hospitalizado.
9. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

No se considerarán Gastos Médicos indemnizables conforme a este seguro, aquellos en los que el Asegurado haya incurrido por instrucción o prescripción de un familiar, sea este consanguíneo o por afinidad, no obstante que dicho familiar sea un Médico legalmente acreditado para ejercer esta profesión.

Cualquier gasto médico no expresamente listado en esta definición, no estará cubierto por este seguro.

Riesgo Cubierto

La Compañía a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los Gastos Médicos incurridos por este a consecuencia de un episodio imprevisto de crisis causado por una Enfermedad Preexistente, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) resulte indispensable la atención médica del Asegurado para su estabilización, a efecto de que pueda continuar con el Viaje, o en su caso, retornar a su lugar de Residencia Permanente; y (iii) el primer gasto médico asociado a la crisis médica por Enfermedad

Preexistente se haya efectuado dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad Preexistente.

2. Gestionará y cubrirá, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los Gastos Médicos incurridos a consecuencia de un episodio imprevisto de crisis causado por una Enfermedad Preexistente, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; (ii) resulte indispensable la atención médica del Asegurado para su estabilización, a efecto de que pueda continuar con el Viaje, o en su caso, retornar a su lugar de Residencia Permanente; y (iii) el Asegurado solicite atención médica o reporte el evento a la Compañía dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Enfermedad Preexistente.

En caso de que el Asegurado opte por esta modalidad, la red de Médicos, Hospitales, centros de salud y demás proveedores a su disposición, podrá ser consultada comunicándose con la Compañía.

La Compañía no tomará a su cargo y no están amparados por esta cobertura, los gastos requeridos para continuar el tratamiento iniciado por el Asegurado durante la crisis o cuadro agudo asociado a la Enfermedad Preexistente y ocurrido durante el Viaje. Tampoco están cubiertos los tratamientos médicos posteriores a la estabilización del Asegurado durante el Viaje, tales como, de manera enunciativa más no limitativa, medicamentos, consultas médicas y análisis clínicos o estudios de laboratorio o gabinete.

La responsabilidad de la Compañía tiene como límite máximo el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza para esta cobertura.

La presente cobertura solo será aplicable para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos de México.

Exclusiones

No se cubrirá la Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes derivada de lo siguiente:

1. **Que el Asegurado se haya negado o dejado de recibir tratamiento, aun sabiendo el Asegurado que había que tratar la Enfermedad y/o sabiendo que de no atenderse, su condición podría empeorar, por lo que está excluido el detrimento de la salud del Asegurado por Enfermedad Preexistente a causa de una falta de atención o un actuar negligente del Asegurado.**
2. **Que el Asegurado haya sido desahuciado o se haya negado a recibir tratamiento.**
3. **Que el Asegurado no se haya sometido a los controles pre acordados con su médico tratante.**
4. **El seguro no cubrirá los gastos posteriores a la estabilización por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente.**
5. **Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Formato de Informe médico.
2. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.

Sección XIV Gastos por Emergencia Odontológica

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XIV, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Emergencia Odontológica: Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante, sin la cual el Asegurado no puede continuar su Viaje o regresar a su lugar de Residencia Permanente. Conforme a este seguro, **la Emergencia Odontológica únicamente cubre procedimientos paliativos a efecto de estabilizar la salud del Asegurado y/o disminuir el dolor y/o evitar que se propague una infección y/o no comprometer la salud del Asegurado, por lo que no incluye servicios y tratamientos que el Asegurado deba realizarse para restablecer su salud bucodental, así como prótesis, implantes, fundas y cualquier otra pieza similar.**

Riesgo Cubierto

La Compañía, a elección del Asegurado:

1. Reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los gastos incurridos por este a consecuencia de la atención de una Emergencia Odontológica, siempre que (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; y (ii) el primer gasto médico asociado a la Emergencia Odontológica se haya efectuado dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Emergencia Odontológica; o
2. Gestionará y cubrirá la atención médica del Asegurado ante una Emergencia Odontológica, teniendo como límite la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, siempre que: (i) haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje; y (ii) el Asegurado solicite atención médica o reporte el evento a la Compañía dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en el que se presente el primer signo o síntoma de la Emergencia Odontológica.

Esta cobertura cubre los gastos por Emergencia Odontológica en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos. En el caso de Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, este seguro únicamente cubre gastos por Emergencia Odontológica incurridos por el Asegurado a consecuencia de un Accidente.

La responsabilidad de la Compañía tiene como límite máximo el monto de Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza para esta cobertura.

Exclusiones

No se cubrirá los Gastos por Emergencia Odontológica derivados de lo siguiente:

1. **Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos, gastos en compras de prótesis.**
2. **Los tratamientos alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, así como prótesis, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente que originen lesiones dentales que sean prescritos por un Médico para aliviar el dolor y/o para la atención de la Emergencia.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Formato de Informe médico.
2. Copia de interpretación de estudios realizados.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia del padecimiento, cuando así proceda.

Sección XV Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, los gastos en los que incurra por la compra de medicamentos prescritos al Asegurado por el Médico que lo haya atendido durante una Emergencia Médica o una Emergencia Odontológica, a consecuencia de las coberturas “Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad”, “Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes” y “Gastos por Emergencia Odontológica”.

Esta cobertura únicamente ampara el reembolso de medicamentos prescritos al Asegurado posterior a su alta médica y/o estabilización de Emergencia Médica o Emergencia Odontológica.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las facturas originales o recibos comprobatorios de los gastos en medicamentos efectuados, además de la receta médica con nombre del Médico tratante, número de cédula, licencia o autorización, fecha y firma donde se indique el medicamento prescrito.

Esta cobertura es aplicable tanto para Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, como para Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, atendiendo a las condiciones particulares de cada una de las coberturas a la cual se encuentre asociada.

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Formato de Informe médico.
2. Receta Médica con nombre del Médico tratante, número de cédula, licencia o autorización, fecha y firma donde se indique el medicamento prescrito.
3. Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados por los medicamentos.

Sección XVII Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

En caso de que a consecuencia de un Accidente o de una Emergencia Médica y siempre que a juicio del Médico tratante sea necesario, la Compañía:

1. Reembolsará al Asegurado los gastos derivados del traslado del Asegurado al Hospital o centro de salud más cercano a la ubicación del Asegurado, cuando las instituciones de salud que se encuentren en la ubicación donde haya sucedido el Accidente o la Emergencia Médica, no cuenten con el equipo e infraestructura necesarios para la atención médica adecuada del Asegurado. Dicho traslado podrá efectuarse en ambulancia terrestre o aérea, según sea determinado por el Médico tratante que atienda al Asegurado; o
2. Coordinará y cubrirá los gastos derivados del traslado del Asegurado al Hospital o centro de salud más cercano a la ubicación del Asegurado, cuando las instituciones de salud que se encuentren en la ubicación donde haya sucedido el Accidente o la Emergencia Médica, no cuenten con el equipo e infraestructura necesarios para la atención médica adecuada del Asegurado. Dicho traslado podrá efectuarse en ambulancia terrestre o aérea, según sea determinado por el Médico tratante que atienda al Asegurado.

Asimismo, y una vez estabilizada la salud del Asegurado, si a juicio del Médico tratante, el Asegurado no pueden continuar con el Viaje, la Compañía coordinará y cubrirá los gastos derivados de la repatriación o regreso del Asegurado a cualquiera de los siguientes lugares, a elección de la Compañía, según sea medicamente apropiado:

- a) El lugar de Residencia Permanente del Asegurado en los Estados Unidos Mexicanos, o la entidad federativa que corresponda en el caso de viajes dentro de los Estados Unidos Mexicanos.
- b) Una ubicación distinta al lugar de Residencia Permanente del Asegurado, seleccionada por el Asegurado dentro de los Estados Unidos Mexicanos.
- c) Un centro de salud cercano al lugar de Residencia Permanente del Asegurado dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso de Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, el Asegurado podrá elegir que la repatriación sanitaria a ser realizada por la Compañía sea a un país distinto a los Estados Unidos Mexicanos, siempre que: 1) el costo de dicha repatriación no exceda el monto de Suma Asegurada contratada para esta cobertura; y 2) la repatriación sanitaria a una ubicación distinta, sea médicamente apropiada y segura para el Asegurado. Para hacer efectivo el cambio de país de destino, el Asegurado deberá manifestar su consentimiento de manera escrita a la Compañía.

Para que se lleve a cabo la repatriación o retorno (traslado sanitario) del Asegurado, se deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Que dicha repatriación o retorno sea autorizada por el Médico tratante del Asegurado.
- b) Que la repatriación o retorno sea autorizado y solicitado por el propio Asegurado o, en su defecto, y en caso de que médicamente el Asegurado no se encuentre en posibilidades de otorgar su consentimiento y/o manifestar su solicitud, esta sea autorizada y solicitada por un Familiar Directo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado viaje con un Acompañante, a elección del Asegurado se podrá trasladar adicionalmente al Acompañante en el mismo transporte que se utilice para trasladar al Asegurado al Hospital o centro de salud más

cercano a la ubicación del Asegurado, en el entendido que si la transportación del Acompañante en términos de lo antes descrito genera gastos adicionales, el traslado tanto del Asegurado, como en su caso, del Acompañante, estarán topados a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Lo anterior, en el entendido de que se priorizará en todo momento la transportación del Asegurado.

Esta cobertura únicamente será aplicable en tanto el Asegurado se encuentre de Viaje. Este seguro únicamente cubre un traslado por Emergencia Médica al Hospital o centro de salud más cercano para que el Asegurado reciba atención médica adecuada y una repatriación o regreso del Asegurado al destino elegido por el Asegurado, teniendo como límite la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de la Póliza para ambos traslados. Tanto la repatriación sanitaria (internacional) o el retorno sanitario (nacional), como el traslado médico se realizarán en el medio de transporte que determine la Compañía.

La presente cobertura solo será aplicable para viajes fuera del territorio de los Estados Unidos de México. Tratándose de Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, este seguro únicamente cubre el traslado médico de emergencia y el retorno sanitario (nacional) durante el Viaje del Asegurado a consecuencia de un Accidente.

Exclusiones

- 1. Para la cobertura de Traslados Médicos de Emergencia y Traslado Sanitarios, la Compañía no se hará cargo del traslado médico cuando por razones médicas evaluadas por un médico no justifiquen su procedencia.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Formato del Informe médico.
2. Comprobantes originales de los gastos erogados por los traslados, cuando así proceda.

Sección XVIII**Gastos Funerarios o Traslado de restos mortales**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XVIII, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Tanatopraxia: Es el conjunto de prácticas que se realizan sobre un cadáver desarrollando y aplicando métodos tanto para su higienización, conservación, embalsamamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético del cadáver, como para el soporte de su presentación.

Riesgo Cubierto

La presente cobertura funcionará mediante la modalidad de reembolso o pago directo y coordinación de los gastos funerarios incurridos o el traslado de restos mortales del Asegurado, bajo los siguientes escenarios:

I) Viajes fuera del Territorio de los Estados Unidos Mexicanos:

En caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente o una Emergencia Médica y siempre que dicho fallecimiento haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, la Compañía podrá, a elección de un Familiar Directo o la persona designada:

1. Cubrir los gastos funerarios del Asegurado en el país en donde este falleció; o
2. Gestionar y llevar a cabo el traslado o repatriación del cadáver del Asegurado del lugar en donde haya sucedido el deceso del Asegurado a un aeropuerto internacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, indicado o elegido por un Familiar Directo del Asegurado o la persona designada.

Para el caso de los **gastos funerarios**, la Compañía cubrirá los gastos en el extranjero, siempre y cuando se cumplan los siguientes supuestos:

- a) Se presente a la Compañía el certificado médico de defunción o documento similar o equivalente en la circunscripción del deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida en dicho país, con el fin de que la Compañía genere el pago a la funeraria o su similar en dicha circunscripción.

Tratándose de la **repatriación del cadáver** del Asegurado, se realizará por la Compañía en el momento en el que se cumplan los siguientes supuestos:

- a) El cadáver se encuentre liberado por las autoridades competentes del lugar en donde sucedió el deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida para que la Compañía pueda gestionar los trámites de repatriación de restos mortales.

Esta cobertura únicamente ampara los servicios, trámites, gestiones y gastos que se definen a continuación, por lo que cualquier otro servicio, concepto, trámite, gestión o gasto no listado aquí, no estará incluido y por lo tanto no estará cubierto.

Gastos funerarios: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo.

- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia.
- c) Féretro hermético básico.
- d) Cremación.

Gastos de repatriación: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo, embalsamiento y Tanatopraxia.
- c) Féretro hermético básico para la repatriación.
- d) Cualquier trámite requerido para la salida del cadáver del país en donde sucedió el deceso.
- e) Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- f) Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- g) Transporte aéreo del cuerpo desde el lugar en donde sucedió el fallecimiento del Asegurado y/o su Acompañante, hasta el aeropuerto internacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos indicado por un Familiar Directo del Asegurado y/o su Acompañante.
- h) En caso de que las autoridades locales de la ciudad o país donde ocurra el deceso del Asegurado requieran de la presencia de un Familiar Directo y el Asegurado haya viajado sin Acompañante, la Compañía adicionalmente cubrirá el costo de un boleto redondo de avión en clase económica para el Familiar Directo que viaje a realizar los trámites y gestiones, desde el lugar de residencia del Familiar Directo hasta el lugar en donde permanezca el cuerpo del Asegurado.

La Compañía únicamente es responsable del pago de los gastos funerarios o de los gastos de repatriación del cadáver en los términos antes establecidos, por lo que cualquier demora vinculada a uno u otro, con motivo de los procesos de las autoridades competentes y/o de las gestiones que deba realizar el Familiar Directo o la persona designada, no serán responsabilidad de la Compañía.

La responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, si el deceso a consecuencia de Accidente o Emergencia Médica.

II) Viajes dentro del Territorio de los Estados Unidos Mexicanos:

En caso de que el Asegurado fallezca como consecuencia de un Accidente y siempre que dicho fallecimiento haya sucedido mientras el Asegurado se encuentre de Viaje en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos, la Compañía podrá, a elección de un Familiar Directo o la persona designada:

1. Cubrir los gastos funerarios del Asegurado en la entidad federativa en donde este falleció; o
2. Gestionar y llevar a cabo el retorno del cadáver del Asegurado del lugar en donde haya sucedido el deceso del Asegurado a un aeropuerto nacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, indicado o elegido por un Familiar Directo del Asegurado o la persona designada.

Para el caso de los **gastos funerarios**, la Compañía cubrirá los gastos dentro de territorio de los Estados Unidos Mexicanos, siempre y cuando se cumplan los siguientes supuestos:

- a) Se presente a la Compañía el certificado médico de defunción o documento similar o equivalente en la circunscripción del deceso.
- b) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida, con el fin de que la Compañía genere el pago a la funeraria o su similar en dicha circunscripción.

Tratándose del retorno del **cadáver** del Asegurado, se realizará por la Compañía en el momento en el que se cumplan los siguientes supuestos:

- c) El cadáver se encuentre liberado por las autoridades competentes del lugar en donde sucedió el deceso.
- d) El Familiar Directo del Asegurado o la persona designada cuente con la documentación legal requerida para que la Compañía pueda gestionar los trámites de retorno de restos mortales.

Esta cobertura únicamente ampara los servicios, trámites, gestiones y gastos que se definen a continuación, por lo que cualquier otro servicio, concepto, trámite, gestión o gasto no listado aquí, no estará incluido y por lo tanto no estará cubierto:

Gastos funerarios: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura:

- a) Recolección de cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia.
- c) Féretro hermético básico.
- d) Cremación.

Gastos de retorno del cadáver: La Compañía cubrirá los gastos que a continuación se enlistan, hasta el límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura:

- a) Recolección del cuerpo.
- b) Preparación del cuerpo y Tanatopraxia.
- c) Féretro hermético básico para su retorno.
- d) Cualquier trámite requerido para la salida del cadáver de la entidad federativa de los Estados Unidos Mexicanos en donde sucedió el deceso.
- e) Funda de protección para el revestimiento del féretro en caso para transporte aéreo.
- f) Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- g) Transporte aéreo del cuerpo desde el lugar en donde sucedió el fallecimiento del Asegurado y/o de su Acompañante, hasta el aeropuerto nacional dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos indicado por un Familiar Directo del Asegurado y/o de su Acompañante.
- h) En caso de que las autoridades locales de la ciudad donde ocurra el deceso del Asegurado requieran de la presencia de un Familiar Directo y el Asegurado haya viajado sin Acompañante, la Compañía adicionalmente cubrirá el costo de un boleto redondo de avión en clase económica para el Familiar Directo que viaje a realizar los trámites y gestiones, desde el lugar de residencia del Familiar Directo hasta el lugar en donde permanezca el cuerpo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado viaje con un Acompañante y el Familiar Directo o la persona designada opten por la modalidad de traslado o repatriación de cadáver, a elección del Familiar Directo o de la persona designada, se podrá trasladar adicionalmente al Acompañante en el mismo transporte que se utilice para trasladar o repatriar al Asegurado, en el entendido que si la transportación del Acompañante en términos de lo antes descrito genera gastos adicionales, el traslado tanto del Asegurado, como en su caso, del Acompañante, estarán topados a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Lo anterior, en el entendido de que se priorizará en todo momento la transportación del Asegurado.

La Compañía únicamente es responsable del pago de los gastos funerarios o de los gastos de retorno del cadáver en los términos antes establecidos, por lo que cualquier demora vinculada a uno u otro, con motivo de los procesos de las autoridades competentes y/o de las gestiones que deba realizar el Familiar Directo o la persona designada, no serán responsabilidad de la Compañía.

La responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura es aplicable en Viajes dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, y sólo si el deceso es consecuencia de un Accidente, hasta el límite de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza.

Exclusiones

- 1. La Compañía no se hará cargo de la repatriación funeraria ni de los gastos funerarios si la muerte ocurrió estando el Asegurado bajo los efectos de narcóticos, alcohol o estupefacientes.**
- 2. Suicidio.**
- 3. En caso de que el fallecimiento haya sido consecuencia de una Enfermedad Preexistente padecida por el Asegurado.**
- 4. La Compañía no se hará cargo de los servicios funerarios como velación, entierro y otras ceremonias funerarias; así como las flores.**
- 5. Cuando no se acredite la personalidad de la persona fallecida como Asegurado de la Póliza.**
- 6. Cuando el Asegurado haya participado en actos criminales, siendo el propio Asegurado el sujeto activo.**

Documentos para el pago de la Indemnización

- 1. Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado afectado.**
- 2. Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público y/o reporte o documento equivalente ante la autoridad competente del lugar en el que haya ocurrido el siniestro.**
- 3. Expediente clínico del Asegurado e informe médico, en caso de que el fallecimiento haya sido por Emergencia Médica.**
- 4. Comprobante de los gastos funerarios erogados debidamente desglosado, cuando así proceda.**

Sección XIX**Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XIX, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hospitalización: Significa el internamiento del Asegurado en un Hospital, por un periodo mínimo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas.

Riesgo Cubierto

En caso de Hospitalización del Asegurado a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, cuyo pronóstico de estancia u Hospitalización sea mayor a 5 (cinco) días naturales contados a partir de su ingreso al hospital o centro de salud, la Compañía, a elección del Asegurado:

1. Gestionará y cubrirá el costo de la transportación, viaje redondo en clase económica hasta la Suma Asegurada contratada, para un Familiar Directo, a fin de que este acompañe al Asegurado durante su estancia u Hospitalización; o
2. Reembolsará el costo de la transportación viaje redondo en clase económica para un Familiar Directo que haya acompañado al Asegurado durante su estancia u Hospitalización.

Para hacer válida esta cobertura, el Asegurado o el Familiar Directo deberán presentar a la Compañía: (i) un documento extendido por el Médico tratante del Asegurado, que acredite que el pronóstico de Hospitalización del Asegurado rebasará los 5 (cinco) días hábiles contados a partir del ingreso del Asegurado al Hospital o centro de salud en el extranjero; o (ii) acreditar documentalmente que el Asegurado ha permanecido hospitalizado en el extranjero por más de 5 (cinco) días hábiles continuos e interrumpidos.

Esta cobertura únicamente ampara la transportación, viaje redondo en clase económica del Familiar Directo del Asegurado en los términos antes descritos, por lo que cualquier otro gasto del Familiar Directo del Asegurado durante su estancia en el extranjero, no está cubierto por este seguro. La responsabilidad de la Compañía respecto de esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura solo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

1. **Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
2. **Cualquier gasto adicional al establecido en esta cobertura.**

Documentos para el Pago de la Indemnización

1. Formato del Informe médico.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados por los traslados, cuando así proceda.

Sección XX**Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XX, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hotel Cubierto: Significa el establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes o viajeros, cuyo costo total máximo por noche de alojamiento no exceda la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza, incluyendo los impuestos que por legislación del lugar en donde se encuentre ubicado, sean aplicables.

Riesgo Cubierto

En caso de Hospitalización del Asegurado a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, cuyo pronóstico de estancia u Hospitalización sea mayor a 5 (cinco) días naturales contados a partir de su ingreso al Hospital o centro de salud, la Compañía, a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá los gastos de hospedaje de un Familiar Directo del Asegurado en el Hotel Cubierto disponible más cercano al Hospital o al centro de salud en el que el Asegurado se encuentre hospitalizado. Esta modalidad se encuentra limitada al número máximo de noches de alojamiento establecido en la Carátula de la Póliza; o
- b) Reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, los gastos de hospedaje en que haya incurrido un Familiar Directo del Asegurado, mientras el Asegurado se haya encontrado hospitalizado.

Para hacer válida esta cobertura, el Asegurado deberá presentar a la Compañía: (i) un documento extendido por el Médico tratante del Asegurado, que acredite que el pronóstico de Hospitalización del Asegurado rebasará los 5 (cinco) días hábiles contados a partir del ingreso del Asegurado al hospital o centro de salud en el extranjero; o (ii) acreditar documentalmente que el Asegurado ha permanecido hospitalizado en el extranjero por más de 5 (cinco) días hábiles continuos e interrumpidos.

Esta cobertura únicamente ampara el hospedaje del Familiar Directo del Asegurado en los términos antes descritos, por lo que cualquier gasto distinto al costo por noche de hospedaje, tales como, servicio a la habitación, llamadas, alimentos o snacks consumidos durante el hospedaje o cualquier otro gasto como alimentación y transportación del Familiar Directo del Asegurado, no están amparados por esta cobertura. Esta cobertura está limitada al número de días y/o a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura solo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

1. **Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
2. **No se cubrirán gastos adicionales a los establecidos en la cobertura.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Formato del Informe médico.
2. Comprobantes o facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.

Sección XXI

Recuperación en Hotel por Accidente o Emergencia Médica

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXI, el siguiente término tiene el significado que a continuación se le atribuye, siendo aplicable en su forma plural o singular:

Hotel Cubierto: Significa el establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes o viajeros, cuyo costo total máximo por noche de alojamiento no exceda la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza, incluyendo los impuestos que por legislación del lugar en donde se encuentre ubicado, sean aplicables.

Riesgo Cubierto

En caso de que a consecuencia de un Accidente o de una Emergencia Médica, el Médico tratante del Asegurado determine que resulta médicamente necesaria la estancia o recuperación del Asegurado en el lugar en donde sucedió el Accidente o Emergencia Médica, pero fuera de un Hospital o centro de salud, no siendo médicamente posible que el Asegurado pueda continuar su Viaje o regresar a su lugar de Residencia Permanente, la Compañía, a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá los gastos de hospedaje del Asegurado en un Hotel Cubierto disponible en la localidad en donde se encuentre el Hospital o centro de salud del cual el Asegurado haya sido dado de alta después del Accidente o de la Emergencia Médica. Esta modalidad se encuentra limitada al número máximo de noches de alojamiento establecido en la Carátula de la Póliza; o
- b) Reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, los gastos de hospedaje en que haya incurrido el Asegurado, mientras el Asegurado se haya encontrado en recuperación.

Para hacer válida esta cobertura, el Asegurado (i) deberá presentar a la Compañía un documento extendido por el Médico tratante del Asegurado en donde se establezca o determine la necesidad médica de su estancia o recuperación en la localidad en donde se encuentre el Hospital o centro de salud del cual el Asegurado haya sido dado de alta después del Accidente o de la Emergencia Médica; y (ii) haber permanecido hospitalizado por más de 5 (cinco) días hábiles continuos e interrumpidos.

Los gastos de hospedaje cubiertos por la Compañía conforme a esta cobertura únicamente incluyen el costo por noche de hospedaje. Esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura únicamente ampara el costo por hospedaje del Asegurado en los términos antes descritos, por lo que cualquier gasto distinto al costo por noche de hospedaje, tales como, servicio a la habitación, llamadas, alimentos o snacks consumidos durante el hospedaje o cualquier otro gasto como alimentación y transportación del Asegurado, no están cubiertos por este seguro.

Esta cobertura solo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. No se cubrirán gastos adicionales a los establecidos en la cobertura.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Formato del Informe médico.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.

Sección XXII**Gastos por Prolongación de Estancia por COVID-19**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece expresamente amparada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para todos los efectos del Contrato de Seguro, los términos definidos en el apartado de Definiciones de las disposiciones particulares de este Contrato de Seguro son igualmente aplicables a este apartado de beneficio. Además se aplica, para esta cobertura, las siguientes definiciones:

Convalecencia: Periodo de tiempo que el Asegurado requiere para recuperarse de una enfermedad u otro tipo de trastorno de la salud.

Riesgos cubiertos**Gastos de hospedaje**

Cuando el Asegurado se encuentre de Viaje y deba, por prescripción médica debido a un diagnóstico positivo de COVID-19, prolongar su estancia más allá de la fecha de terminación del Viaje programado, para su convalecencia, la Compañía cubrirá los gastos de hospedaje que se generen mientras el Asegurado permanezca convaleciente hasta el máximo de días indicados en la Carátula de la Póliza posterior a la fecha de finalización del Viaje.

Los gastos de hospedaje cubiertos por la Compañía conforme a esta cobertura únicamente incluyen el costo por noche de hospedaje, más los impuestos que correspondan.

La responsabilidad máxima de la Compañía no rebasará los días indicados en la Carátula de la Póliza, ni la suma asegurada contratada para este beneficio, estipulados en la Carátula de la Póliza. El monto máximo a utilizar por día para esta cobertura estará estipulado en la Carátula de la Póliza.

Gastos de transporte

Cuando la convalecencia del Asegurado, debido a un diagnóstico positivo de COVID-19, exceda la fecha de regreso a su Residencia Permanente según el itinerario original del Asegurado, y se vea imposibilitado de utilizar el boleto original de la Aerolínea o medio de transporte público elegido, la Compañía gestionará y cubrirá, hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, el costo de un boleto de avión sencillo en clase económica o su equivalente cuando la transportación se realice en otro medio de transporte para que el Asegurado pueda regresar a su Residencia Permanente.

Exclusiones

La cobertura no cubre:

- 1. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**
- 2. Gastos originados por cualquier enfermedad que no sea consecuencia de COVID-19.**
- 3. La convalecencia originada por padecimientos preexistentes.**

Documentos comprobatorios del siniestro

El Asegurado deberá entregar a la Compañía los siguientes documentos:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el Asegurado/Beneficiario (será proporcionado por la Compañía).
- Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla del Servicio Militar).
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses del Asegurado.
- Formato Conoce a tu Cliente debidamente requisitado por el Asegurado (será proporcionado por la Compañía).
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado por el Asegurado (será proporcionado por la Compañía).
- Copia del estado de cuenta bancario del Asegurado con antigüedad no mayor a 3 meses en donde se vea reflejada la institución bancaria, nombre del titular de la cuenta y CLABE.
- Comprobante de Itinerario del Viaje para el que se contrató el seguro.
- Copia de la prueba CONFIRMATORIA para el virus del SARS-COV2 (COVID).
- Formato de Informe médico e Historial Clínico en el que se especifique el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico.
- Copia de interpretación de estudios realizados.
- Facturas y/o comprobantes de los gastos erogados a consecuencia de la prolongación de la estancia por COVID.

Sección XXIII**Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXIII, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Acompañante: Significa la persona física que realiza el Viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario, hospedándose en los mismos hoteles o lugares y haciendo uso del mismo Transporte Público, en los mismos vuelos, corridas u horarios que el Asegurado.

Riesgo Cubierto

En caso de que durante un Viaje el Asegurado haya llevado como único Acompañante a un menor de 15 (quince) años o un mayor de 75 (setenta y cinco) años y el Asegurado se vea imposibilitado para continuar su Viaje o regresar con el Acompañante a su lugar de Residencia Permanente, a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, la Compañía a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá, hasta el importe de la Suma Asegurada contratada, el costo de la transportación en viaje redondo para un Familiar Directo del Asegurado, a fin de que este acompañe al menor de 15 (quince) años o al mayor de 75 (setenta y cinco) años en su regreso a su lugar de Residencia Permanente; o
- b) Reembolsará, hasta el importe de la Suma Asegurada contratada, el costo en que haya incurrido el Familiar Directo por su transportación con el fin de acompañar al menor de 15 (quince) o mayor de 75 (setenta y cinco) años en su regreso a su lugar de Residencia Permanente.

Para que esta cobertura sea pagada o reembolsada, la Compañía o el Asegurado deberán agotar en primera instancia la posibilidad de conseguir un pasaje disponible en el mismo Transporte Público en el que el Acompañante menor o mayor tiene reservado y/o comprado para su regreso; solo en el caso en el que no existan lugares disponibles, la Compañía o el Asegurado podrán comprar pasajes tanto para el Familiar Directo como para el acompañante menor o mayor, en cuyo caso, la compra de ambos pasajes estará sujeta al límite de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura únicamente ampara el costo de transportación del Familiar Directo del Asegurado, viaje redondo; y en su caso, el costo de transportación de regreso del Acompañante menor de 15 (quince) años o Mayor de 75 (setenta y cinco) años, en los términos antes descritos, hasta por el importe de la Suma Asegurada contratada, por lo que cualquier otro gasto como hospedaje, alimentación y transportación del Familiar Directo del Asegurado y/o del menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años, no están cubiertos por este seguro.

La Compañía únicamente es responsable de la gestión y compra o reembolso de los costos de transportación, por lo que cualquier trámite o permiso requerido para que el menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años pueda viajar, no es responsabilidad de la Compañía.

Esta cobertura solo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. No se cubrirán gastos adicionales a los establecidos en la cobertura.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Formato del Informe médico.
2. Comprobantes y facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.

Sección XXIV**Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor, en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado**

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Definiciones

Para efectos de esta Sección XXIV los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, siendo aplicables en su forma plural o singular:

Acompañante: Significa la persona física que realiza el Viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario, hospedándose en los mismos hoteles o lugares y haciendo uso del mismo Transporte Público, en los mismos vuelos, corridas u horarios que el Asegurado.

Hotel Cubierto: Significa el establecimiento comercial destinado a alojar huéspedes o viajeros, cuyo costo total máximo por noche de alojamiento no exceda la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza, incluyendo los impuestos que por legislación del lugar en donde se encuentre ubicado, sean aplicables.

Riesgo Cubierto

En caso de que durante un Viaje el Asegurado haya llevado como único Acompañante a un menor de 15 (quince) años o un mayor de 75 (setenta y cinco) años y el Asegurado sea vea imposibilitado para continuar su Viaje o regresar con el Acompañante a su lugar de Residencia Permanente, a causa de un Accidente o de una Emergencia Médica, la Compañía a elección del Asegurado:

- a) Gestionará y cubrirá, hasta por el importe de la Suma Asegurada contratada, los gastos de hospedaje de un Familiar Directo del Asegurado en el hotel en donde el menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años se encuentre hospedado, hasta el monto de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza. En caso de que no sea posible hospedar al Familiar Directo en el mismo hotel en donde se encuentre hospedado el Acompañante, la Compañía gestionará y cubrirá el hospedaje del Acompañante y del Familiar Directo en algún Hotel Cubierto disponible; en cuyo caso, esta cobertura se encontrará limitada al número máximo de noches de alojamiento establecido en la Carátula de la Póliza; o
- b) Reembolsará, hasta por el importe de la Suma Asegurada contratada, los gastos de hospedaje en que haya incurrido un Familiar Directo del Asegurado para acompañar al menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años.

Los gastos de hospedaje a ser pagados o reembolsados por la Compañía conforme a esta cobertura únicamente incluyen el costo por noche de hospedaje. Esta cobertura está limitada a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura únicamente ampara el pago o el reembolso por hospedaje en los términos antes descritos, por lo que cualquier gasto distinto al costo por noche de hospedaje, tales como, servicio a la habitación, llamadas, alimentos o snacks consumidos durante el hospedaje o cualquier otro gasto como alimentación y transportación del Familiar Directo y/o del menor de 15 (quince) años o mayor de 75 (setenta y cinco) años, no están cubiertos por esta cobertura.

Esta cobertura solo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no ampara:

- 1. Cualquier costo que el Asegurado haya pagado cuando se haya rehusado a regresar a su lugar de Residencia Permanente y la Compañía considera que el Asegurado estaba apto y en posibilidad de hacerlo.**
- 2. No se cubrirá gastos adicionales a los establecidos en la descripción de la cobertura.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Formato del Informe médico.
2. Comprobantes o facturas de los gastos erogados, cuando así proceda.

Sección XXVIII Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza, el costo del boleto o ticket del Transporte Público que el Asegurado haya pagado a consecuencia de no haber abordado dicho Transporte Público, limitativamente por la falla o desperfecto repentino o imprevisible del medio de Transporte Público autorizado o por alguna causa imputable directamente al operador del Transporte Público. Esta cobertura se limita solo a 1 (uno) evento por vigencia de la Póliza y hasta la suma asegurada mostrada en la Carátula de la Póliza.

Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el reembolso de los gastos de 1 (una) noche de hotel en establecimientos a un diámetro máximo de 5 (cinco) kilómetros de distancia del lugar donde el Asegurado abordará el Transporte Público. Dicho reembolso aplicará siempre y cuando (i) sea consecuencia de la pérdida de salida o pérdida de conexión del Transporte Público en términos de lo descrito en el párrafo inmediato anterior; (ii) el nuevo horario de salida del Transporte Público propuesto por el operador del Transporte Público salga o parta posterior a 8 (ocho) horas siguientes a la hora de salida inicialmente establecida por dicho operador; y (iii) que la pérdida de salida o pérdida de conexión se haya suscitado cuando el Viaje del Asegurado ya haya comenzado. La cantidad que se reembolse estará topada al monto establecido para esta cobertura en la Carátula de la Póliza y disminuirá proporcionalmente la Suma Asegurada contratada.

Esta cobertura no es aplicable si la pérdida de la salida o de conexión, según lo antes establecido, es dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

La indemnización que efectúe la Compañía por esta cobertura, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza.

La Compañía cubrirá en exceso de la indemnización cubierta por el operador del Transporte Público, teniendo como límite máximo de responsabilidad la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, por lo que cualquier reembolso o indemnización que el operador del Transporte Público pague por la pérdida de salida o conexión, no será reembolsable mediante este seguro.

Esta cobertura es aplicable para Viajes internacionales o fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

Esta cobertura no será aplicable si:

- 1. El Asegurado es indemnizado por el operador del Transporte Público o un tercero.**
- 2. Si el Asegurado declinó la alternativa de viaje o transportación ofrecida por el operador del Transporte Público, para llegar a su destino sin costo alguno para el Asegurado.**
- 3. Si el Asegurado compró un boleto o ticket distinto a la alternativa ofrecida por el operador del Transporte Público.**
- 4. Si el Asegurado no abordó o perdió el Transporte Público por causas directamente imputables a él.**
- 5. Si el pasaje o el abordaje del Asegurado está sujeto a disponibilidad de espacio.**

- 6. El Asegurado no presenta justificante de los gastos erogados y/o una confirmación escrita del retraso elaborada por el operador del Transporte Público.**
- 7. Cuando la conexión entre vuelos del Asegurado no tenga un mínimo de tres horas entre un vuelo y otro.**
- 8. El Asegurado rechaza un servicio alternativo que le proporcione su proveedor de transporte.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Copia del boleto o ticket del Transporte Público, así como comprobante de pago de dicho servicio.
2. Comprobantes originales de la noche de alojamiento.
3. Declaración de la compañía de Transporte Público respecto al atraso.

Sección XXXV Gastos Legales

Esta cobertura únicamente será aplicable si aparece como expresamente contratada en la Carátula de la Póliza.

Riesgo Cubierto

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, el pago de los honorarios de abogados que realice el Asegurado como consecuencia de cualquier reclamación o juicio presentado en contra del Asegurado derivados de la responsabilidad civil incurrida por este mientras se encuentre de Viaje o por alguna reclamación o demanda en contra de un tercero que deba efectuar el Asegurado por daños u otra compensación a consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado.

Esta cobertura se limita al reembolso de los honorarios de abogados y/o al traslado del padre o tutor del Asegurado, en caso de que este fuera menor de edad conforme a las leyes del lugar en el que haya ocurrido el evento que ampara la cobertura.

No se cubre:

- a) Los daños, perjuicios y daño moral consecuencial causados por el Asegurado a terceros y por los que deba responder conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos o en el extranjero, según sea al caso.**
- b) Cualquier gasto de defensa, distinto a los honorarios de abogados.**
- c) El pago de gastos, costas o intereses legales determinados por resolución judicial o arbitral en favor de los terceros afectados.**
- d) Primas por fianzas judiciales o garantías similares solicitadas al Asegurado a consecuencia de la responsabilidad civil incurrida.**
- e) El pago de honorarios de abogados por una causa distinta a la responsabilidad civil incurrida por el Asegurado durante un Viaje.**

La responsabilidad máxima de la Compañía es la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en la Carátula de Póliza.

Esta cobertura solo es aplicable en Viajes fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Exclusiones

- 1. La Compañía no pagará indemnización alguna que la reclamación o demanda promovida en contra del Asegurado se origine por actos dolosos o la participación del Asegurado en la comisión al algún delito. Esto será aplicable según las leyes aplicables en donde el Asegurado se encuentre de Viaje.**
- 2. La Compañía no será responsable del pago de gastos relacionados, debidos o incurridos como consecuencia de:**
 - Asuntos legales entre el Asegurado y la agencia o el proveedor de viajes, y/o el organizador de excursiones.**
 - Asuntos legales cualesquiera relacionados con contratos, negocios, empleos u oficios del Asegurado.**
 - Asuntos legales cualesquiera relacionados con Derecho de Familia o de Sucesión.**
 - Asuntos legales entre el Asegurado y la Compañía misma.**

- **Asuntos legales que no surjan durante un Viaje.**
 - **Litigios relacionados con toda responsabilidad surgida del uso de vehículos automotores o de naves aéreas o marítimas.**
 - **Compensaciones de facto, multas y/o sanciones penales económicas.**
- 3. Cualquier gasto incurrido después de que el Asegurado haya vuelto al lugar de Residencia Permanente.**

Documentos para el pago de la Indemnización

1. Comprobantes y facturas de los gastos erogados limitado al reembolso de los honorarios de abogados y/o al traslado del padre o tutor del Asegurado.
2. Documentos soporte de cualquier reclamación o juicio presentado en contra del Asegurado derivados de la responsabilidad civil.

Cláusula 2ª. Exclusiones Generales

Para las coberturas mencionadas en las distintas secciones de este seguro no se amparan los eventos que se originen por participación del Asegurado en actividades como:

- 1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- 2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- 3. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 4. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 5. Que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- 6. Enfermedades Preexistentes, salvo en lo definido para la cobertura de “Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes”.**
- 7. Aviación privada en calidad de tripulante, piloto, mecánico en vuelo o Pasajero.**
- 8. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier Transporte Público que no esté legalmente establecido y autorizado, a menos que viajare como Pasajero.**
- 9. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 10. Miembro de la tripulación de cualquier Transporte Público legalmente establecido y autorizado (servicio comercial y privado).**
- 11. Como conductor o Pasajero de motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos y terrestres.**
- 12. La práctica tanto en capacitación, entrenamiento o competencia, ya sea en carácter profesional, Amateur o recreativo de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, entre otros: motociclismo, automovilismo, boxeo, rugby, polo, moto de nieve, esquí en agua, arena o cualquiera de sus formas, cuadriciclos, vehículos todo terreno, skate, parapente, paracaidismo, planeadores, aviación deportiva, tauromaquia, espeleología, aladeltismo, escalamiento de montañas, motocross, espeleología, trekking, rafting, hockey en cualquiera de sus formas, patinaje artístico sobre hielo o sobre pista, equitación en salto o carreras, artes marciales de cualquier tipo, salvo lo estipulado en la cobertura Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo.**
- 13. No se considerarán como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y el primer gasto médico se realicen después de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que les dio origen.**
- 14. Accidentes o Enfermedades que ocurran por el ejercicio de una actividad de alto riesgo que estuviera realizando el Asegurado incluyendo pero no limitando a: trabajos en obras, andamios, alturas, pozos, utilización de maquinarias, instrumentos de corte, manejo o manipulación de mercancías u objetos pesados o peligrosos, productos tóxicos, corrosivos, explosivos o inflamables, actividades agrícolas y/o transportistas.**
- 15. Esta Póliza no ampara el pago de gastos, pérdidas, indemnizaciones o reclamaciones que surjan con relación a, o como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o**

pandémica. Con excepción de lo estipulado en las secciones XXVI Cancelación de Viaje y XXVII Interrupción de Viaje.

Cláusula 3ª. Definiciones

Para los efectos del presente Contrato de Seguro y sus distintas secciones, los siguientes términos tienen el significado que se les atribuye a continuación, pudiendo ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Accidente: Significa todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que provoque lesiones corporales, o incluso la muerte del Asegurado de manera inmediata o dentro de los 90 (noventa) días siguientes de haber ocurrido.

No se considerará como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos donde la primera atención y/o el primer gasto médico, se realicen después de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes al momento en que ocurrió el hecho que les dio origen.

El tratamiento médico y/o quirúrgico, sus complicaciones, recurrencias, recaídas y/o secuelas derivados de un mismo Accidente, serán considerados como un solo siniestro.

Acompañante: Significa la persona física que realiza el Viaje junto con el Asegurado, bajo el mismo itinerario, hospedándose en los mismos hoteles o lugares y haciendo uso del mismo Transporte Público, en los mismos vuelos, corridas u horarios que el Asegurado.

Aerolínea: Significa cualquier línea área comercial autorizada legalmente para el transporte aéreo regular de Pasajeros. **No se consideran en esta definición y por lo tanto no estarán cubiertas por este seguro, las aerolíneas y/o los vuelos privados operados como vuelos chárter.**

Asegurado: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de la Póliza y que ha quedado protegida bajo los beneficios de este seguro. Bajo este seguro también se considerarán Asegurados los Dependientes Económicos que aparezcan expresamente señalados en la Carátula de la Póliza, para las coberturas en las se estipula que estos se encuentran amparados.

Compañía: Significa Chubb Seguros México, S.A.

Contratante: Significa la persona que aparece designada con tal carácter en la Carátula de Póliza y que tiene a su cargo el pago de las primas derivadas de este seguro.

Contrato de Seguro: Significa las disposiciones particulares, las disposiciones generales, la Carátula de la Póliza, los beneficios y las cláusulas adicionales, así como cualquier endoso que se llegara a agregar, mismos que constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante, así como de los derechos y obligaciones de cada parte.

COVID-19: Enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2. El virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona infectada tose, estornuda o habla, también se transmite al tocar una superficie con el virus y luego llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos. Los signos y síntomas más frecuentes de la COVID-19 son fiebre, tos y dificultad para respirar. A veces, también se presentan dolores musculares, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de garganta, neumonía y pérdida del sentido del gusto o el olfato. Los signos y síntomas suelen aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al SARS-CoV-2.

Culpa Grave: Cuando estando en posibilidades de realizar los actos mínimos y elementales a efectos de evitar cualquier daño, se actúa con omisión o no se emplea el debido cuidado con los bienes asegurados.

Daño Moral: Afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.

Daño Patrimonial: Es el daño o perjuicio causado a una persona que se traduce en la disminución o menoscabo del patrimonio del particular en sus bienes, derechos o persona.

Dependientes Económicos: Significan el cónyuge o concubino, así como los hijos del Asegurado: (i) cuyo nombre aparezca expresamente en la Carátula de la Póliza; y (ii) que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en este Contrato de Seguro.

Día de Hospitalización: Significa las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

Emergencia Médica: Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que pone en peligro la vida o la integridad física del Asegurado, requiriendo recibir atención médica inmediata y sin demora alguna, a efecto de preservar la salud del Asegurado y/o evitar o contener un daño y/o preservar la vida del Asegurado.

Emergencia Odontológica: Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante, sin la cual el Asegurado no puede continuar su Viaje o regresar a su lugar de Residencia Permanente. Conforme a este seguro, **la Emergencia Odontológica únicamente cubre procedimientos paliativos a efecto de estabilizar la salud del Asegurado y/o disminuir el dolor y/o evitar que se propague una infección y/o no comprometer la salud del Asegurado, por lo que no incluye servicios y tratamientos que el Asegurado deba realizarse para restablecer su salud bucodental, así como prótesis, implantes, fundas y cualquier otra pieza similar.**

Enfermedad: Significa toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedad Congénita: Se entiende como congénita, la enfermedad con que se nace, se hereda o se contrae en el seno materno.

Enfermedad Preexistente: Significa aquellas Enfermedades o padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:

- A. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la contratación del seguro o 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 vigencia de la Póliza o del inicio de cobertura;
- 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 no pudieran pasar desapercibidos, será que un médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para detección y/o tratamiento de la Enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

1. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, 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 Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha 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.

2. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

Al Asegurado que se le haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo señalado en esta definición 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.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con las Enfermedades Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y a 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.

El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico especialista certificado por el Consejo de la especialidad médica correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. El árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje será establecido por el árbitro y las partes al momento de acudir solicitarlo. Las partes deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

El laudo emitido en el arbitraje 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 Compañía.

Para todo lo no previsto respecto al procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

Extravío: Perder una cosa.

Familiar Directo: Significa el cónyuge o concubino, los hijos, los padres y los hermanos del Asegurado.

Para efectos de las siguientes coberturas, el Asegurado únicamente podrá solicitar el traslado de hijos, cuando estos sean mayores de edad en términos de la legislación aplicable en el país o localidad en donde se encuentre el Asegurado:

- **Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios.**
- **Gastos Funerarios o Traslado de restos mortales.**
- **Traslado de un Familiar Directo en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado**
- **Hospedaje de un Familiar Directo, en caso de Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.**
- **Traslado para el Acompañante de un Menor o Mayor en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.**
- **Hospedaje para el Acompañante de un Menor o Mayor en caso de un Accidente o Emergencia Médica del Asegurado.**

Hospital: Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, enfermeras y demás personal autorizado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable.

Para efectos de este seguro no se considerará como Hospital las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.

Hospitalización: Significa el internamiento del Asegurado en un Hospital, por un periodo mínimo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas.

Hurto: Modalidad de apoderarse de un bien ajeno sin que exista ningún tipo de violencia o intimidación.

Médico: Significa la persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, conforme a las leyes del país en donde ejerza. Para efectos de este seguro, no se considerará Médico a cualquier familiar del Asegurado, sea este consanguíneo o por afinidad, así como a cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.

Medios Electrónicos: Los equipos, medios ópticos o de cualquier tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, de conformidad con lo previsto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Negligencia: Desatención de las propias obligaciones o descuido en el cumplimiento de las reglas y normas, sin que medie una directa voluntad de omitir o retardar la acción debida, pues se trata, más bien, de una situación de culposa inercia y falta de cuidado.

Pandemia: Es una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

Periodo de Beneficio: Plazo adicional que otorga la Compañía al Asegurado una vez concluida la vigencia de la Póliza para el pago de los gastos erogados por el Asegurado con motivo de un siniestro ocurrido durante su vigencia.

Periodo de Hospitalización: Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza.

Residencia Permanente: Significa la ubicación geográfica dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos en donde la persona se ha establecido permanentemente y en la que desarrolla sus actividades laborales, académicas, económicas, familiares y sociales.

Responsabilidad profesional: capacidad de responsabilizar a un profesional por cualquier caso de negligencia o mala práctica al tratar con un cliente, y/o a desarrollar de forma deficiente su trabajo.

Robo: Significa el acto cometido por cualquier persona o mediante el cual se apodera ilícitamente, con el ánimo de dominio, de las pertenencias o bienes del Asegurado sin su consentimiento, haciendo uso de violencia física y/o moral.

Suma Asegurada: Significa la cantidad que representa la responsabilidad máxima de la Compañía en caso de presentarse la eventualidad prevista en este Contrato de Seguro. La Suma Asegurada aplicará por cada una de las coberturas contratadas conforme a lo establecido en la Carátula de la Póliza.

Territorialidad: Esta Póliza cubre los riesgos señalados en la misma en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos y/o en el extranjero, en ambos casos, para mexicanos o personas con residencia permanente en los Estados Unidos Mexicanos y atendiendo a las condiciones particulares de cada una de las coberturas descritas en las presentes disposiciones y lo definido en la Carátula de la Póliza. En el caso de viajes al extranjero, **no cubrirá aquellos que se realicen a los siguientes países: Cuba, Afganistán, República Democrática del Congo, Irak, Irán, Liberia, Sudán, Siria, Corea del Norte, Yemen, República de Zimbabue y República Centroafricana, así como los países sanciones por la OFAC. Los viajes realizados a, en o a través de estos países estarán excluidos de la presente Póliza y por lo tanto no se cubrirá ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio señalado en la Póliza. La contratación de la presente Póliza cuyo destino o tránsito por lo países señalados con anterioridad esté considerada por el Asegurado, dejará sin efectos la Póliza y causará la devolución de las primas pagadas por el mismo.**

Trabajo Habitual: Empleo permanente de tiempo completo o de media jornada, incluido el trabajo independiente, en el que el Asegurado está contratado antes de la fecha de inicio del Viaje y al que pretende volver al finalizar el Viaje.

Transporte Público: Significa el transporte colectivo de Pasajeros, sujeto a horarios y rutas preestablecidas, así como a la expedición de un boleto y que requiere de concesión o autorización por parte del gobierno del país y/o de la ciudad y/o de la entidad en donde opera. Para efectos de este seguro únicamente se considerarán como Transportes Públicos (i) los autobuses destinados a transportar a las personas de una ciudad a otra, por lo que los autobuses con rutas dentro de una misma ciudad o zona conurbada, se encuentran excluidos; (ii)

Aerolíneas; (iii) compañías marítimas de transporte de Pasajeros a mar abierto (cruceros); y (iv) ferrocarriles o trenes destinados a transportar a las personas de una ciudad a otra, por lo que los ferrocarriles o trenes con rutas dentro de una misma ciudad o zona conurbada, se encuentran excluidos. Cualquier tipo de Transporte Público no expresamente nombrado en esta definición, no se encuentra cubierto por este seguro, incluyendo sin limitar los transportes privados, vehículos rentados y/o los transportes a los que se accede a través de aplicaciones de conexión de entre Pasajeros y conductores.

Unidad de Terapia Intensiva: Significa el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

Viaje: Significa el trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que este sale de su lugar de Residencia Permanente o del lugar de origen de su Viaje, hacia su destino de Viaje, los lugares por donde transite o en los que haga conexiones para llegar a su(s) destino(s) de Viaje, la permanencia en dicho(s) destino(s) y el regreso a su Residencia Permanente o del lugar de origen de su Viaje, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su(s) destino(s) y en lugares intermedios. Asimismo, y para que se considere que el Asegurado se encuentra de Viaje, su lugar de destino debe encontrarse a por lo menos 150 (ciento cincuenta) kilómetros de distancia de su lugar de Residencia Permanente o del lugar de origen de su viaje.

La cobertura del Viaje bajo este seguro estará limitada a una temporalidad, misma que se especificará en días en la Carátula de la Póliza; lo anterior, sin perjuicio de la vigencia de la Póliza para seguros con una duración de un año.

Cláusula 4ª. Edad

Se considera como edad, la edad alcanzada del Asegurado, consistente en el número de años cumplidos en la fecha de contratación del seguro y las subsecuentes contrataciones.

Las edades de aceptación para el presente seguro serán de mínimo un (1) mes de edad y máximo de noventa (90) años, con excepción de las coberturas de muerte accidental en donde la edad mínima de aceptación es de doce (12) años. La edad máxima de renovación será la que se especifique en la Carátula de la Póliza.

La edad del Asegurado asentada en esta Póliza podrá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía quien lo anotará en la Póliza o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier Beneficio.

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a exigir al Asegurado o Beneficiarios lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.

- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

Cláusula 5ª. Procedimiento en caso de Siniestro

Aviso

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

Pruebas

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

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

Documentos para la Comprobación del Siniestro

Para la comprobación del siniestro, es necesario que se presenten a la Compañía, además de los documentos que se enlistan en cada sección, lo siguiente:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado por el Asegurado/Beneficiario, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado, si se tuviese, y/o de los Beneficiarios (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla del Servicio Militar).
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses del o los Beneficiarios.
- Formato Conoce a tu Cliente debidamente requisitado por el Asegurado/los Beneficiarios, el cual será proporcionado por la Compañía.
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado por el Asegurado/los Beneficiarios.
- Copia del estado de cuenta bancario del Asegurado/los beneficiarios con antigüedad no mayor a 3 meses en donde se vea reflejada la institución bancaria, nombre del titular de la cuenta y CLABE.
- Comprobante de Itinerario del Viaje para el que se contrató la Póliza, incluyendo los comprobantes de pago de los servicios contratados, así como el documento con el que se acredite que el Asegurado inició el Viaje.

No obstante lo anterior y sólo en aquellos casos en que se requiera de información y/o documentación adicional para comprobar las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, la Compañía podrá solicitarla al Asegurado y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a: Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono: **800 006 3342**

Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro y afectada por el siniestro, en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Deducciones

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

Cláusula 6ª. Cancelación

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

- a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la Carátula de la Póliza.
- b) Por el fallecimiento del Asegurado.
- c) Si el Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- d) Por falta de pago de las primas.
- e) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud en las oficinas de la Compañía, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.
- f) Cuando a petición de cualquiera de las partes, la Póliza no sea renovada.

Si el Asegurado desea darlo por terminado, deberá dar aviso por escrito a la Compañía. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el día y hora en que se presente por escrito el aviso a la Compañía. La Compañía tendrá derecho a retener la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la Póliza hubiere estado en vigor de acuerdo a la siguiente tabla:

1. Para seguros con cobertura menor a 365 días, que no haya comenzado su viaje o se haya presentado alguna reclamación:	
Previo al inicio de la vigencia de la Póliza (menos de 48 hrs)	20% de la prima neta
Dentro de las 48 hrs a partir del inicio de vigencia la Póliza	35% de la prima neta
Posterior a 48 hrs del inicio de la vigencia de la Póliza	100% de la prima neta

2. Para seguros con cobertura de 365 días (un año calendario), que no haya comenzado su Viaje o se haya presentado alguna reclamación:	
Dentro de las 48 hrs. previas al inicio de vigencia de la Póliza	20% de la prima neta
Dentro de las 48 hrs a partir del inicio de vigencia la Póliza	35% de la prima neta
Hasta tres meses de vigencia devengada	40% de la prima neta
Hasta seis meses de vigencia devengada	70% de la prima neta
Hasta nueve meses de vigencia devengada	90% de la prima neta
Más de nueve meses de vigencia devengada	100% de la prima neta

Cuando el Contratante notifique a la Compañía su deseo de dar por terminado anticipado el contrato, ésta le devolverá la prima, de conformidad a lo estipulado en esta cláusula dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de terminación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante.

En caso de que la Compañía requiera dar por terminado anticipadamente este contrato, deberá notificar por escrito al Asegurado, enviando un aviso por correo certificado con cuando menos siete días naturales de anticipación a la fecha en que se desee su terminación, debiendo además devolver la parte de la prima no devengada correspondiente según corresponda a la tabla anterior. Esta terminación anticipada por parte de la Compañía no aplicará para las coberturas Muerte Accidental, Gastos Funerarios a consecuencia de Muerte Accidental para Dependientes Económicos menores de 12 años, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Muerte Accidental en Transporte Público, Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente, Pérdidas Orgánicas a Causa de Accidente en un Medio de Transporte Público, Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad, Gastos Médicos por Práctica de Deportes de Alto Riesgo, Gastos por Emergencia Odontológica, Gastos Funerarios o Traslado de Restos Mortales, Reembolso por Compra de Medicamentos Recetados, Gastos de Enfermera Particular, Traslados Médicos de Emergencia y Traslados Sanitarios y Estabilización en caso de Padecimientos Preexistentes, siempre que el Asegurado las tenga contratadas en su Póliza.

Cláusula 7ª. Límite Territorial y Residencia

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas para cubrir el siniestro que ocurra dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y/o el extranjero, según se estipule en la Carátula de la Póliza.

Cláusula 8ª. Servicios de Asistencia

Los servicios de asistencia previstos en esta sección no se consideran operaciones activas de seguro para efectos de la legislación aplicable. Los servicios de asistencia sólo serán aplicables si aparecen como contratados en la Carátula de la Póliza.

De aparecer como amparados en la Carátula de la Póliza la Compañía los otorgará a través del prestador de servicios de asistencia con quien tiene celebrado un contrato y cuyos datos de identificación y contacto aparecen en la Carátula de la Póliza. Las asistencias serán otorgadas dentro del territorio en dónde se encuentre el Asegurado con motivo del Viaje. El prestador de servicios de asistencia coordinará y/o prestará los servicios de asistencia. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el prestador de servicios de asistencia, la Compañía será la única responsable frente al Asegurado por la actuación del prestador de servicios de asistencia en virtud del presente Contrato de Seguro. El Asegurado estará protegido por la Ley Federal de Protección al Consumidor por cualquier reclamación que quisiera instaurar en contra del prestador de servicios de asistencia.

De aparecer como amparados en la Carátula de la Póliza, el Asegurado será referido por la Compañía con el prestador de servicios de asistencia que ésta designe con la finalidad de brindar los servicios contratados.

Para hacer uso de los servicios de asistencia que a continuación se describen, el Asegurado deberá ponerse en contacto con el prestador de servicios de asistencia, de manera previa a realizar cualquier trámite o gasto. En caso de que el Asegurado decida realizar algún trámite o gasto sin haberse puesto en contacto previamente con el prestador de servicios de asistencia, los gastos efectuados **NO serán reembolsables.**

Servicios de Concierge

El prestador de servicios de asistencia otorgará los siguientes servicios de concierge, los cuales podrán ser de tipo informativo o, en su caso, si el Asegurado decide contratarlos tendrán un costo a su cargo:

1. Recomendaciones y reservaciones de vuelos, hoteles, excursiones, paseos y tours.
2. Reservas y arreglos para alquilar vehículos, incluyendo automóviles de lujo, helicópteros y yates.

3. Recomendaciones y reservas para asistir a teatros, ópera, ballet, conciertos, museos, eventos culturales y deportivos.
4. Recomendaciones y reservas para restaurantes.
5. Información y reserva para disfrutar de la vida nocturna.
6. Excursiones y visitas a lugares de interés.
7. Recomendaciones, horarios y reservas de canchas de tenis, campos de golf, gimnasios y clubes deportivos.
8. Información sobre deportes especiales.
9. Información sobre reglas de etiqueta y protocolo del país donde viaje.
10. Información sobre servicios de niñeras y guarderías de menores.
11. Sugerencias y gestión para el envío de regalos por ocasiones especiales y celebraciones.
12. Información sobre lugares para realizar compras.
13. Sistema de marcación telefónica y celular.

El prestador de servicios de asistencia asesorará al Asegurado en los procedimientos a seguir cuando se presente las siguientes situaciones:

- a) Pérdida o robo de Equipaje.
- b) Documentos de Viaje.
- c) Pérdida de vuelo o conexión.

Búsqueda y Localización de Equipaje

El prestador de servicios de asistencia asistirá al Asegurado en el Viaje con todos los medios a su alcance para intentar localizar Equipajes extraviados que hubieren sido embalados en la bodega del mismo vuelo en el que viajaba el Asegurado. El prestador de servicios de asistencia no asume responsabilidad alguna por equipajes extraviados y no localizados.

Servicio telefónico de traductor por emergencia y/o envío de traductor

En caso de que el Asegurado lo requiera, el prestador de servicios de asistencia brindará vía telefónica el servicio de traducción en caso de que el Asegurado deba realizar algún trámite legal o sea hospitalizado en el país en donde se encuentre de Viaje. Asimismo, a petición del Asegurado se realizará la búsqueda de traductores en la localidad donde se encuentre el Asegurado. El servicio telefónico de traductor se brinda sin límite de eventos y sin costo. El servicio presencial de traductor se brinda sin límite de eventos con costo total a cargo del Asegurado.

Envío de médico al lugar de hospedaje (2 eventos por viaje)

Si el Asegurado sufriese un Accidente, Enfermedad, padecimiento o síntoma que genere cualquier malestar físico, el prestador de servicios de asistencia apoyará al Asegurado con todos los medios a su alcance para intentar localizar a un médico que acuda al domicilio, hotel o lugar de hospedaje donde se encuentre el Asegurado, siempre que el malestar físico referido por el Asegurado no requiera atención médica en un Hospital o Centro de Salud. Este servicio está sujeto a disponibilidad y a las leyes locales, limitado a 2 (dos) eventos por viaje.

Hotel con motivo de la Pérdida de Salida o Pérdida de Conexión

A solicitud del Asegurado, el prestador de servicios de asistencia apoyará al Asegurado con todos los medios a su alcance para intentar localizar un hotel con motivo de la pérdida de salida o pérdida de conexión, en establecimientos a un diámetro máximo de 5 km de distancia del lugar donde el Asegurado abordará el Transporte Público. El Asegurado deberá solicitar el servicio al prestador de servicios de asistencia con al menos 12 (doce) horas de anticipación. Aplica para viajes internacionales. Esta asistencia se limita solo a un evento por vigencia de la Póliza. El pago de los costos del hotel, así como cualquier otro gasto incurrido, correrán exclusivamente a cargo del Asegurado.

Asistencia Para Fianzas Judiciales

Si, en caso de que por el incumplimiento no intencionado de las leyes del país en el que se encuentre, el Asegurado durante un Viaje, fuese obligado por las autoridades a constituir una fianza, el Prestador de Servicios de Asistencia anticipará el pago hasta la cantidad indicada en la Carátula de la Póliza.

El Prestador de Servicios de Asistencia concederá al Asegurado un plazo de tres meses desde la fecha del anticipo para reembolsar dicha cantidad.

Si dicha fianza le fuera reembolsada al Asegurado por las autoridades del país antes de finalizar el citado plazo, deberá ser devuelta inmediatamente al Prestador de Servicios de Asistencia.

Si el Asegurado no compareciera ante el requerimiento de un tribunal, el Prestador de Servicios de Asistencia exigirá inmediatamente el reembolso del importe de la fianza que no pudiera ser recuperada por el Asegurado como consecuencia de dicha incomparecencia.

Esta asistencia únicamente será de aplicación fuera del país de Residencia Permanente del Asegurado.

Esta asistencia únicamente se limita a pagar el monto de la prima de la fianza y no así en la obtención de la misma ni en el otorgamiento de garantías de recuperación

Asistencia para pérdida o robo de pasaporte o visa

En caso de pérdida o robo de pasaporte o visa y cuando los mismos no fueran localizados antes de salir del país en donde se produjo el extravío o robo, el prestador de servicios brindará apoyo y asesoría al Asegurado para la tramitación del pasaporte o de la visa, dentro del territorio en donde el Asegurado se encuentre.

Envío de medicamentos prescritos

En caso de que el Asegurado realice el Viaje con medicamentos prescritos previo al inicio del Viaje y si dichos medicamentos se le agotan, se le extravían o de alguna forma le resulta imposible surtir los medicamentos prescritos o equivalentes en el país en donde se encuentre, el prestador de servicios de asistencia asesorará al Asegurado para la búsqueda y el envío de los medicamentos. El costo de los medicamentos localizados y entregados por el prestador de servicios de asistencia correrá por parte del Asegurado.

Sección Segunda Disposiciones Generales

Cláusula 1ª. Prima

La prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada cobertura contratada y vence al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

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

Para la contratación del seguro por un periodo anual, el Asegurado gozará de un plazo de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague

la prima. En el caso de la contratación del seguro por un solo viaje, la prima siempre será pagada al momento de su contratación y en una sola exhibición, por lo que el Asegurado no gozará de un periodo de gracia para su liquidación.

En caso de siniestro, la Compañía 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 transferencia bancaria, o bien, mediante cargos que efectuará la Compañía en la Tarjeta de crédito y/o 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, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última; el comprobante o ficha de pago correspondiente acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, será prueba plena del pago de la prima.

Cláusula 2ª. Vigencia del Contrato

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y continuarán durante el periodo del seguro mientras la Póliza no haya sido cancelada.

Cláusula 3ª. Renovación

Para la contratación del seguro por un periodo anual, la renovación será automática y por periodos de igual duración. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo, con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

A la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y Sumas Aseguradas, en función del aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, manteniendo el resto de los términos y condiciones según el plan originalmente contratado. Adicionalmente la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de ajuste de primas y Sumas Aseguradas en términos del párrafo anterior, la Compañía se obliga a dar aviso por escrito al Contratante dentro de los 30 (treinta) días naturales anteriores a la renovación, del monto de dichas primas y Sumas Aseguradas.

Tratándose de las secciones o coberturas de Accidentes y Enfermedades, la renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los Periodos de Espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

Cláusula 4ª. Designación de Beneficiarios

Para las coberturas de “Muerte Accidental”, “Cancelación de Viaje por Enfermedad, Accidente o Fallecimiento” (solo en el caso de que el Asegurado fallezca) e “Interrupción de Viaje (solo en el caso de que el Asegurado muera accidentalmente), el Asegurado en este acto designa como Beneficiarios a las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

1. Cónyuge del Asegurado, debiendo pagarse la Suma Asegurada contratada al 100%.
2. A falta de cónyuge del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los hijos del Asegurado en proporciones iguales.
3. A falta de hijos del Asegurado, la Suma Asegurada contratada se pagará a los padres del Asegurado en proporciones iguales. En caso de falta de alguno de los padres del Asegurado, la Suma Asegurada debe ser pagada en su totalidad al padre superviviente del Asegurado.
4. A falta de las personas anteriormente designadas y en caso de no haber realizado una designación de Beneficiarios posterior a este acto, la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

El Asegurado podrá modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, en el momento que el Asegurado así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el Asegurado se deberá comunicar al **800 006 3342**, debiendo especificar el nombre completo de los Beneficiarios, la proporción de la Suma Asegurada a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

Cláusula 5ª. Competencia

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

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

Datos de contacto

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7,
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México.

Teléfono: 800 006 3342

Correo electrónico: uneseguros@chubb.com Horarios
de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y
Viernes de 8:30 a 14:00 horas.

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

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999.

En el territorio nacional: 800 999 8080.

Cláusula 6ª. Comunicaciones y Notificaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio social indicado en la Carátula de la Póliza o, bien, el Asegurado podrá comunicarse al número **800 006 3342**, en un horario de Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía o el número telefónico de contacto, llegaran a ser diferentes de los que consten en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

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

Cláusula 7ª. Moneda

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

Cláusula 8ª. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por el artículo 82, en correlación con lo previsto por el artículo 81, ambos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

Cláusula 9ª. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporte plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Clausula 10ª. Aviso de Siniestro

El Asegurado y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la Institución, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor y de acuerdo a lo establecido en el Art. 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 11ª. Comprobación

En caso de reclamación por siniestro, el asegurado o beneficiario(s) deberá(n) presentar ante la Institución las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, en las que deberá(n) consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá(n) con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, se exhibirá las pruebas que obren en su poder o y las que le solicite la Compañía relativas al motivo de la reclamación y esté en condiciones de obtener.

La Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al asegurado o beneficiario(s) las pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia de la reclamación correspondiente. Asimismo, la Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de este contrato, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

La Compañía, con la información anterior, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, en caso de controversia entre las partes, podrá aplicarse el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente de acuerdo a la definición:

Cada parte designará a un médico que cuente con cédula para el ejercicio de su profesión, designación que deberá realizarse dentro de un periodo de ocho días siguientes a la fecha en que se haya informado el rechazo.

Los dos médicos deberán designar a un tercero para el caso de controversia, mismo que deberá ostentar un cargo técnico o directivo de un Instituto Nacional de la especialidad médica de que se trate la Invalidez Total y Permanente o bien tener acreditación vigente por el consejo de la especialidad respectiva, designación que deberán efectuar dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que ellos hayan sido designados, considerándose su dictamen como inapelable por ambas partes.

Los honorarios y gastos de los médicos quedarán a cargo de la parte que lo haya designado y los correspondientes al tercer médico quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de lo establecido en la cláusula de **Competencia** de este apartado.

Cláusula 12ª. Modificaciones

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia,

cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Toda modificación efectuada al producto de seguro, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 13ª. Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de Medios Electrónicos; para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Compañía.

La utilización de los Medios Electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de estos, así como de los términos y condiciones de su uso.

Los términos y condiciones del uso de Medios Electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Compañía: chubb.com/mx

Cláusula 14ª. Agravación Esencial del Riesgo

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El Asegurado 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 Asegurado 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 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- 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;
- II.- Que el Asegurado 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 Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Las obligaciones de Chubb Seguros México, S.A. quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con independencia de todo lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Chubb Seguros México, S.A., tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Chubb Seguros México, S.A. consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Cláusula 15ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por Medios Electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 16ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)

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

a) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

- Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Asegurado.
- De manera personal al momento de contratar el seguro.

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

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

- Cuando la entrega de la Póliza se realice vía correo electrónico, en el mismo correo electrónico se incluirá un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Asegurado recibió la Póliza.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Asegurado firmará un documento de acuse de recibo.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice a través de envío a domicilio, la encargada de distribuir y hacer entrega de las Pólizas a cada Asegurado será la empresa que la Compañía tiene contratada especialmente para dicho fin, quien de manera mensual le hará llegar a la Compañía un listado con la información referente a las Pólizas que efectivamente fueron entregadas durante el mes inmediato anterior.

La documentación contractual que integra este producto está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y podrá ser consultada, adicionalmente, a través de la siguiente página de Internet: **chubb.com/mx**

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
- i. Llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República.
 - 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 **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Cláusula 17ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Cláusula 18ª. Artículos Citados

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 25.- Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Artículo 67.- Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 71.- El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 168.- El Contrato de Seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. En los seguros de supervivencia sobre las personas a que refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 102 (primer párrafo). - En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

...

Artículo 103.- La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:

- I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:

En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y

- a) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
- II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:
 - a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
 - b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

Artículo 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos

de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el Contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

Artículo 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte.
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios.
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y
- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

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.

- IV. 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.
- V. 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.

- VI. 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.
- VII. 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

VIII. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que este efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, debido al domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los

Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Artículo 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen.
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes.
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en este u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación.
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público.
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras.
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas

por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, este se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

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

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

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

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

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

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

Código Civil Federal

Artículo 1803.- El consentimiento puede ser expreso o tácito, para ello se estará a lo siguiente:

- I.- Será expreso cuando la voluntad se manifiesta verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos, y
- II. El tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.

Artículo 1811.- La propuesta y aceptación hechas por telégrafo producen efectos si los contratantes con anterioridad habían estipulado por escrito esta manera de contratar, y si los originales de los respectivos telegramas contienen las firmas de los contratantes y los signos convencionales establecidos entre ellos.

Tratándose de la propuesta y aceptación hechas a través de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología no se requerirá de estipulación previa entre los contratantes para que produzca efectos.

Código Penal Federal

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o

armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a este para que tome una determinación.

- II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público.
- II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

- I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1. Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter.
2. Sabotaje, previsto en el artículo 140.
3. Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter.
4. Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
5. Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

- II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

- I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud.

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

- II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando estos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;

- IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan.
- V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta.
- VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
- VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o

cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

- I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en este, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad.

- II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito.
- III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe.
- IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes.
- V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables.
- VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
- VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpaado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

- a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines.
- b) El cónyuge y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
- c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de este hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

Invitación para consultar RECAS

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá tener acceso a través de la siguiente dirección electrónica: _____

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

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

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del Contrato de Seguro.
4. Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

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

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refiere el artículo 103 de la LISF.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del Contrato de Seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el Asegurado o el Beneficiario tienen los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Aseguradora.
3. A comunicarse a la Aseguradora y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Aseguradora una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF, en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido a su arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones en el correo electrónico: **uneseuros@chubb.com**

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

De conformidad con lo establecido en la Disposición 4.1.23 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la documentación contractual de los productos de seguros por parte de las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberá entregarse por escrito a los Solicitantes, Contratantes o Asegurados.

Ahora bien, por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Chubb Seguros México, S.A. pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a cualquier producto de seguro contratado por mí, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

Endoso para Adherirse y Formar Parte de la Póliza _____

Vigencia _____**Nombre Del Asegurado _____**

La Compañía y el Contratante convienen en emitir el presente endoso a efectos modificar la Sección VII. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad en los siguientes términos:

Como parte de los límites previstos para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad, esta Compañía otorgará un periodo de beneficio de 30 días, posteriores a la terminación de la vigencia de la esta Póliza, para el pago de los gastos erogados por el Asegurado con motivo de un siniestro ocurrido durante dicha vigencia.

Salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

Endoso para Adherirse y Formar Parte de la Póliza _____

Vigencia _____**Nombre del Asegurado** _____**Número de Certificado** _____

La Compañía y el Contratante convienen en emitir el presente endoso a efecto de cubrir el pago de gastos, pérdidas, indemnizaciones o reclamaciones que surjan con relación a, o como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica dejando sin efectos la exclusión señalada con el número 15 dentro de la sección de exclusiones generales.

Salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de noviembre de 2021, con el número PPAQ-S0039-0065-2021 / CONDUSEF-005113-01.

Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250
Torre Niza, Piso 7
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001