



| SEGURO DE DESEMPLEO

CHUBB®

INSURANCE SERVICES



Tabla de Contenido

Sección primera

Disposiciones particulares

I. Definiciones	3
II. Cobertura básica. Desempleo involuntario o invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad	5
III. Cobertura adicional. Cobertura de invalidez total y permanente	6
IV. Exclusiones generales	7
V. Edades de contratación	8
VI. Procedimiento en caso de siniestro	9
VII. Cancelación del contrato	10
VIII. Terminación anticipada del contrato	10
IX. Límite territorial y residencia	11

Sección segunda

Disposiciones generales

Cláusula 1. ^a Prima	11
Cláusula 2. ^a Rehabilitación	11
Cláusula 3. ^a Vigencia del contrato	12
Cláusula 4. ^a Renovación	12
Cláusula 5. ^a Competencia	12
Cláusula 6. ^a Comunicaciones y notificaciones	13
Cláusula 7. ^a Moneda	13
Cláusula 8. ^a Prescripción	13



Tabla de Contenido

Cláusula 9. ^a Indemnización por mora.	13
Cláusula 10. ^a Modificaciones	13
Cláusula 11. ^a Contratación del uso de medios electrónicos	13
Cláusula 12. ^a Agravación esencial del riesgo	14
Cláusula 13. ^a Comisiones o compensaciones a intermediarios o personas morales.	14
Cláusula 14. ^a Entrega de documentación contractual (disposición 4.11.2 de la Circular Única de seguros y Fianzas)	15
Cláusula 15. ^a Art. 25 de la Ley sobre el contrato del seguro	15
Cláusula 16. ^a Artículos citados	16
Consentimiento para la entrega de la documentación contractual.	27
Folleto de los derechos básicos de los contratantes, Asegurados y beneficiarios (daños)	27
Folleto de los derechos básicos de los contratantes, Asegurados y beneficiarios (accidentes y enfermedades)	28

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

- Desde el extranjero llamar por cobrar al **+52 55 5169 5999**
- Desde el interior de la república mexicana al **01 800 911 AMEX (2639)**
- Desde la Ciudad de México o área metropolitana al **5169 5999**

De lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

Es importante contar con su número de Póliza al momento de comunicarse.

Para mayor información consulte las Condiciones Generales en el sitio web: www.americanexpress.com.mx

I. DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

a) Accidente cubierto

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

b) Asegurado

Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y a la que corresponde el derecho propio de cobro de la indemnización que en su caso proceda en términos de este contrato.

c) Aviso de siniestro

Es la comunicación a la Compañía de la ocurrencia del evento cubierto por este seguro, conforme a lo previsto en la carátula de la póliza o contrato.

d) Beneficiario

Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro. Para efectos del presente contrato, el beneficiario podrá ser el propio Asegurado.

Advertencia:

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

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

e) Compañía y/o Aseguradora

Chubb Seguros México, S.A.

f) Contrato o póliza

Documentos en los que constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes, integrados por el formulario, la solicitud, la carátula, las condiciones generales y el folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios.

g) Contratante

Es la persona que aparece con tal carácter en la carátula de póliza, y quien es responsable ante la Compañía de realizar el pago de la prima de este seguro.

h) Desempleo involuntario

Significa que el Asegurado, dentro de la vigencia de la póliza, haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso.

i) Endoso

Documento generado por la Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

j) Enfermedad cubierta

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, diagnosticada por un médico con cédula profesional que no provenga de una causa expresamente excluida por esta póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha en que se haya dado de alta el afectado en la póliza y que esta última se encuentre en vigor. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

k) Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha a partir de la cual el contrato de seguro entra en vigor.

l) Fecha de renovación

La renovación de este contrato será anual a partir



de la fecha de Inicio de vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y con las tarifas vigentes para este producto en la fecha de renovación respectiva.

m) Indemnización

Es el importe de la suma asegurada que la Compañía está obligada a pagar al Asegurado o a sus beneficiarios como consecuencia de un evento cubierto por este seguro.

n) Invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad

Se entenderá como tal la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes y siempre y cuando sea necesario que se encuentre interno en un hospital o recluido constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mayor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

o) Padecimiento o enfermedad preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad preexistente que en fecha anterior a la iniciación de la cobertura para cada Asegurado:

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

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

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, estos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del contrato.

La Aseguradora solo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad

preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

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

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

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

- El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante el árbitro acordado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de

acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes seleccionarán de común acuerdo al médico que fungirá como árbitro, quien deberá resolver de manera profesional la controversia planteada, debiendo ser el árbitro independiente de las partes en conflicto. Las partes interesadas fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el mismo.

El laudo emitido por 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 Aseguradora.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el código de comercio.

p) Periodo de eliminación de desempleo

Se define como el periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula de la póliza (para esta póliza, 30 días). El pago del beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con el desempleo o hasta agotar el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

q) Periodo de eliminación de invalidez

Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la enfermedad que cause la invalidez total temporal del Asegurado y estará estipulado en la carátula de la póliza (para esta póliza, 30 días).

r) Periodo de espera de desempleo involuntario

Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del seguro, el cual estará estipulado en la carátula de la póliza (para esta póliza, 30 días). Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de un seguro anterior.

s) Periodo de espera de invalidez

Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del seguro, el cual estará estipulado en la carátula de la póliza (para esta póliza, 30 días); este

periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de un seguro anterior.

t) Suma asegurada

Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta póliza.

II. COBERTURA BÁSICA. DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Esta cobertura está orientada a dos universos poblacionales diferentes y el Asegurado quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades, según corresponda:

a) Desempleo involuntario

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que antes de la fecha de inicio del desempleo tengan un vínculo de trabajo formal mediante un empleo de tiempo completo (cuarenta (40) horas semanales como mínimo) y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa inscrita en el Registro Federal de Contribuyentes en territorio nacional, con una antigüedad mínima en el empleo de seis (6) meses.

Indemnización: Si una vez superado el periodo de espera de desempleo involuntario especificado en la carátula de la póliza, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta póliza y permanece así por un periodo que exceda el periodo de eliminación de desempleo especificado en la carátula de la póliza, entonces la Aseguradora cubrirá al beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula de la póliza mientras el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

b) Invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad (de acuerdo a lo que se especifique en la carátula de la póliza) las personas que al momento de la contratación de la póliza sean comerciantes o

profesionistas que laboren en forma independiente (autoempleados) y estén percibiendo un ingreso en territorio nacional.

Indemnización: Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal a consecuencia de una invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad, entonces la Aseguradora cubrirá al beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula de la póliza mientras el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal por una invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal, por una invalidez total temporal por accidente y/o enfermedad.

En los casos de invalidez total temporal por enfermedad, el pago se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca así por un periodo que exceda el periodo de eliminación de invalidez total temporal por enfermedad que es de treinta (30) días.

En los casos de invalidez total temporal por accidente el pago se realizará de forma inmediata.

El Asegurado que desarrolle simultáneamente actividades de empleado de tiempo completo bajo un contrato por tiempo indefinido y además sea trabajador, comerciante o profesionista que labore en forma independiente, quedará amparado solo bajo la modalidad de desempleo involuntario.

Reinstalación de la suma asegurada:

Para la reinstalación de suma asegurada correspondiente a este beneficio, el Asegurado deberá haber trabajado al menos doce (12) meses de manera continua a partir de haber recibido el beneficio.

III. COBERTURA ADICIONAL. COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa el Asegurado, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufre un estado de invalidez total y permanente, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

Se considera invalidez total y permanente la incapacidad que sufra el Asegurado a consecuencia de un accidente, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de seis (6) meses.

También se considerarán estados de invalidez total y permanente sin que opere el periodo continuo de seis (6) meses, los siguientes eventos:

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

Se entiende por pérdida de las manos la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

Se presumirá que la invalidez es de carácter permanente únicamente cuando haya sido continua por un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un médico especialista debidamente sustentado.

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

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

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, además de lo establecido en la sección denominada PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, apartados b) Pruebas y c) Documentos para el pago de Indemnización, de la sección primera, cláusula sexta, Procedimiento en caso de siniestro, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y

documentos que sirvieron como base para determinar la invalidez total y permanente.

En caso de presentarse alguna controversia respecto de la procedencia del estado de invalidez total y permanente, y siempre y cuando la misma no sea derivada de una preexistencia, los documentos señalados en el párrafo anterior serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que será elegido por el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

■ IV. EXCLUSIONES GENERALES

Para la cobertura de desempleo involuntario.

Este seguro no ampara el desempleo que derive de lo siguiente:

1. Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del periodo de espera especificado en la carátula, esto opera cada vez que se ingrese a la póliza.
2. Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.
3. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado.
4. Participar en paros o disputas laborales.
5. Programas anunciados por el empleador del Asegurado previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan la clasificación de trabajo del Asegurado.
6. Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.
7. La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 y sus fracciones

de la Ley Federal del Trabajo.

8. Cuando el Asegurado sea parte de la sociedad de la empresa donde labore.

Para la cobertura de invalidez total y temporal.

Este seguro no ampara la invalidez que derive de lo siguiente:

- A. Accidentes por participar en:
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.
 - c) Padecimientos preexistentes. No se cubrirán.
 - d) Lesiones autoinflingidas por parte del Asegurado.
- B. Esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - c) Conductor o pasajero de motocicletas y sus similares acuáticos y/o terrestres.
 - d) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- C. No se cubrirán los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y, en su caso, los padecimientos y/o enfermedades



preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollados durante la vigencia de la póliza.

- D. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- E. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto, y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- F. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
- G. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos (excepto si fueron prescritos por un médico).
- H. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente.

Para la cobertura de invalidez total y permanente.

La Aseguradora no será responsable del pago de indemnización alguna cuando la invalidez sea consecuencia de lo siguiente:

- 1. Esta póliza no ampara invalidez derivada de accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - I. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

II. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.

III. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

- 2. Alcohol y drogas: cualquier invalidez por accidente originado por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos o estupefacientes. Tampoco se cubrirá invalidez alguna que provenga de algún síndrome de dependencia alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de dependencia alcohólica.
- 3. Maternidad y sus complicaciones.
- 4. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.
- 5. Condiciones o padecimientos preexistentes. Para la cobertura de invalidez, no se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior a la contratación de la póliza.
- 6. Carreras: por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
- 7. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 8. Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección,

rebelión, revolución. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado.

9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

V. EDADES DE CONTRATACIÓN

Para efectos de esta póliza se considerará como edad la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la póliza y las subsecuentes renovaciones. Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado deberá tener:

Edad mínima de aceptación	18 años
Edad máxima de aceptación	64 años
Edad máxima de renovación	69 años
Edad máxima de cancelación	70 años

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

- A. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- B. 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 requerir del Asegurado lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- C. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima 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.
- D. Si con posterioridad al accidente del Asegurado

se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada y esta se encuentra dentro de los límites de cobertura autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

- E. Si con posterioridad al accidente del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y esta se encuentra fuera de los límites de cobertura autorizada, la Compañía podrá recuperar el monto pagado del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la ley).

VI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

a) Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía 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.

b) Pruebas

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que esta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de 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 y/o Asegurado o de cualquier Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

c) Documentos para el pago de indemnización

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

Los requisitos señalados a continuación son los mínimos necesarios para cada cobertura y la Compañía se reserva la solicitud de cualquier documentación o elemento de prueba que ayude a sustentar los hechos que originan la reclamación.

Para la cobertura de desempleo involuntario

1. Formato de reclamación.



2. Contrato individual de trabajo.
3. Carta patronal, proporcionada por su empleador, donde indique el motivo del desempleo, fecha de ingreso y egreso, tipo de contrato.
4. Finiquito y/o liquidación, donde debe de aparecer el desglose del pago de la indemnización recibida.
5. RESOLUCIÓN donde debe aparecer la sentencia (laudo) donde se declare el despido injustificado O CONVENIO ANTE LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE, donde debe aparecer el desglose de lo indemnizado o, en caso de que el Asegurado opte por acudir al mecanismo alternativo de solución de controversias que ofrece la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), podrá presentar el escrito de reclamación y/o denuncia de despido injustificado interpuesta contra la empresa.
6. Copia de los 4 últimos recibos de nómina.
7. Copia de la baja actualizada del IMSS y/o reporte de semanas cotizadas, o carta de no inscripción a la institución de salud a la cual estaba inscrito.
8. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado.
9. Formato Conoce a tu cliente.

Los documentos descritos en los numerales 3, 4, 5, 6 serán presentados solo si existieran o si los tuvieran.

Para la cobertura de invalidez total temporal

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Dictamen de invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
3. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado.
5. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
6. Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.

Para la cobertura de invalidez total y permanente

1. Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro Asegurado.
2. Dictamen de invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.
3. Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado.
5. En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.
6. Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar a Edificio Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse al siguiente teléfono (55) 5169 5999 y 01 800 911 2639 para el resto del país.

a) Formas de indemnización

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

b) Deducciones

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

VII. CANCELACIÓN DEL CONTRATO

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 titular cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

VIII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

El **contratante** podrá terminar anticipadamente este **contrato** mediante aviso por escrito que dirija a la Compañía, en donde especificará la forma en que desee se haga la devolución de la prima que corresponda, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica. En caso de que no mencione la forma de pago, la Compañía procederá a expedir el cheque correspondiente, el cual podrá recoger en el domicilio

de esta señalado en la carátula de la póliza.

En el caso de que la prima haya sido pagada de manera anticipada según lo establecido en la carátula de póliza, la Compañía devolverá la prima neta pagada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de póliza estipulado en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición y gastos de administración, que sean aplicables. La Compañía realizará dicha devolución dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la solicitud de terminación.

En el caso de que la prima se pague de manera mensual o por periodos menores a un mes, el contratante en este acto acepta que sin importar el momento del mes o periodo en el que se realice la cancelación, la Compañía tendrá derecho a la prima correspondiente al periodo completo, por lo que la Compañía no devolverá prima alguna.

IX. LÍMITE TERRITORIAL Y RESIDENCIA

Esta póliza ha sido contratada conforme a las leyes mexicanas y para cubrir el siniestro que ocurra dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que solo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.ª PRIMA

El **contratante** pagará a la Compañía por concepto de prima el monto señalado en la **carátula** de esta póliza. La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada cobertura contratada y vence en el momento de la celebración del contrato.

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

El Asegurado gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; **en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.**

En caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de esta 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 efectivo, cheque, transferencia bancaria, descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

Se entenderán como causas imputables al **contratante** la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, el recibo que acreditará el pago será el estado de cuenta en donde se refleje el cobro de la prima.

La Aseguradora podrá, en cualquier tiempo, realizar ajustes a la prima, por aumento o disminución, del Índice de Precios al Consumo (I.P.C.), mismos que se verán reflejados de forma proporcional en la Suma Asegurada de cada cobertura contratada. La Aseguradora deberá notificar cualquier modificación derivada de lo anterior, con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a su aplicación.

CLÁUSULA 2.ª REHABILITACIÓN

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



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

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

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

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

CLÁUSULA 3.ª VIGENCIA DEL CONTRATO

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula y/o especificación de la póliza.

CLÁUSULA 4.ª RENOVACIÓN

Al término de la vigencia descrita en la carátula de póliza, el presente contrato de seguro se renovará por un periodo igual al de la vigencia originalmente contratada, a menos que alguna de las partes manifieste por escrito su deseo de no renovar en los términos convenidos.

Para efectos de la renovación, la Compañía está facultada para modificar los términos y condiciones de la presente póliza debiendo notificar dicha circunstancia al contratante y/o al Asegurado con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación al término de la vigencia del presente contrato de seguro. En caso de que el contratante y/o el Asegurado no manifiesten su deseo de no renovar el contrato de Seguro en los nuevos términos, se entenderá por aceptado y en consecuencia renovado.

La Compañía podrá decidir no renovar el presente contrato de seguro, para lo cual deberá notificar al contratante y/o al Asegurado con 30 (treinta) días naturales de anticipación al término de la vigencia del presente contrato de seguro.

La renovación 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 5.ª COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora (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 Aseguradora 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.

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

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

Teléfono: 01 800 223 2001

Correo electrónico: uneseguros@chubb.com

Horarios de atención: lunes a jueves 8:30 a 17:00 horas
viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Teléfonos:

En la Ciudad de México: (55) 5340 0999

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

CLÁUSULA 6.ª COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Aseguradora llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, esta 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 o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el contratante y/o Asegurado para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico o mensaje de texto SMS a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil que el contratante y/o Asegurado haya proporcionado a la Aseguradora al momento de la contratación y/o (iii) vía telefónica al número telefónico fijo o móvil que el contratante y/o Asegurado haya proporcionado a la Aseguradora al momento de la contratación. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo establecido en el capítulo I del título segundo del Código de Comercio.

Las notificaciones a los contratantes y/o Asegurados en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio y/o correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Aseguradora tenga conocimiento.

CLÁUSULA 7.ª 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 8.ª PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

1. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;

2. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la ley, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido 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 9.ª 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.

CLÁUSULA 10.ª MODIFICACIONES

Las condiciones generales y particulares de la póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y/o Asegurado 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.

CLÁUSULA 11.ª CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El contratante tiene la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía.

Para efectos de lo anterior, el contratante puede solicitar tal contratación a la Compañía, quien le brindará el correspondiente contrato de uso de medios electrónicos, cuyos términos y condiciones están disponibles para su consulta previa a la contratación en la página de Internet de la Compañía: **chubb.com/mx**

CLÁUSULA 12.ª 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).**

“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 la Compañía 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).**

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 sus disposiciones generales, 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 tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición vigésima novena, fracción V disposición trigésima cuarta o disposición quincuagésima sexta de la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía 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.

La Compañía 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 13.ª COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. 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 14.ª ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (DISPOSICIÓN 4.11.2 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS)

En cumplimiento de 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 01 800 223 2001 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 01 800 223 2001 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 01 800 223 2001 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 15.ª 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 16.ª ARTÍCULOS CITADOS**

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO (LSCS)	
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 25
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	Artículo 40
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 67
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 69
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 71
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.	Artículo 81

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO (LSCS)	
<p>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.</p> <p>Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.</p>	Artículo 82
<p>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.</p>	Artículo 84
<p>Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato; II. Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos; III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y <p>Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.</p> <p>Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.</p>	Artículo 172



LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	
<p>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.</p>	<p>Artículo 102 (primer párrafo)</p>
<p>La operación de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la presente Ley, deberá ajustarse a las siguientes bases:</p> <p>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:</p> <p>a) 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</p> <p>b) 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</p> <p>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:</p> <p>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</p> <p>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.</p>	<p>Artículo 103</p>

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 ésta contra aquéllos.</p>	Artículo 202
<p>La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.</p> <p>La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.</p>	Artículo 214

**LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**

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 éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
- II. 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;
- III. 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;
- IV. 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;
- V. 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;
- VI. 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;
- VII. 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.

Artículo 276

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

VIII. 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;

IX. 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;

X. 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.

XI. 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

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

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

Artículo 276

**LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**

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 éste 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, en razón del 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 277

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 50 Bis

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 65

**LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

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

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

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se 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.

Artículo 68

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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.

Artículo 68

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.

**LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. 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.

Artículo 68

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 15 de febrero de 2018 con el número PPAQ-S0039-0013-2018 / CONDUSEF-003149-01.

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que CHUBB Seguros, S.A., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de seguro en formato PDF (portable document format) o cualquier otro formato electrónico equivalente a través del correo electrónico

SÍ ACEPTO _____

NO ACEPTO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL 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 15 de febrero de 2018 con el número PPAQ-S0039-0013-2018 / CONDUSEF-003149-01.

FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS (DAÑOS)

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 que se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el Asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función de 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 Compañía.
3. A saber que en los seguros de daños toda indemnización reduce en igual cantidad la suma asegurada, pero a solicitud del Asegurado esta puede ser reinstalada previa aceptación de la Aseguradora, debiendo el Asegurado pagar la prima correspondiente.
4. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
5. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
6. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
7. 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 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 15 de febrero de 2018 con el número PPAQ-S0039-0013-2018 / CONDUSEF-003149-01.

FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS (ACCIDENTES Y ENFERMEDADES)

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

- A. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados la identificación que los acredite como tales.
 1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
- B. A solicitar que se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
 1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
- C. 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.

- D. A 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 Asegurado tiene los siguientes derechos:

- A. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función de 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.
- B. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
- C. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
- D. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
- E. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
- F. 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:

- A. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
- B. Preguntar por el bienestar del Asegurado.
- C. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
- D. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
- E. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.

- F. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
- G. 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 15 de febrero de 2018 con el número PPAQ-S0039-0013-2018 / CONDUSEF-003149-01.

www.americanexpress.com.mx/seguros

INSURANCE SERVICES

