



APOYO HOSPITALARIO

Operado por: **CHUBB**



Insurance
Services



APOYO HOSPITALARIO

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| CONTRATO | 4 |
| DEFINICIONES | 4 |
| DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS | 7 |
| EXCLUSIONES | 8 |
| CANCELACIÓN | 9 |
| CLÁUSULAS GENERALES | 10 |
| a) SUMA ASEGURADA | 10 |
| b) LÍMITE TERRITORIAL | 10 |
| c) RESIDENCIA | 10 |
| d) SINIESTROS | 10 |
| e) PRUEBAS | 11 |
| f) FRAUDE, DOLO, MALA FE O CULPA GRAVE | 11 |
| g) COMPETENCIA | 11 |
| h) COMUNICACIONES | 12 |
| i) PRIMA | 12 |
| j) DEDUCCIONES | 13 |
| k) REHABILITACIÓN | 13 |
| l) PERIODO DE GRACIA | 13 |
| m) EDAD | 13 |
| n) PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN | 14 |
| o) MONEDA | 14 |
| p) PRESCRIPCIÓN | 15 |
| q) RENOVACIÓN AUTOMÁTICA | 15 |
| r) INDEMNIZACIÓN POR MORA | 16 |
| s) MODIFICACIONES | 16 |
| t) MEDIOS DE CONTRATACIÓN | 16 |
| u) COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS PERSONAS MORALES | 16 |
| v) ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (DISPOSICIÓN 4.11.2 DE LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS) | 16 |
| w) ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO | 17 |
| x) AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO | 18 |
| CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL | 20 |
| FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES | 21 |
| SEGURO DAYLY RENT AMERICAN EXPRESS | 22 |
| TÉRMINOS Y CONDICIONES ASISTENCIAS MÉDICAS | 24 |



APOYO HOSPITALARIO

CONTRATO

Estas condiciones generales, la Póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

El objeto del presente Contrato de Seguro es cubrir la Hospitalización para el Asegurado en territorio nacional y en el extranjero y durante la vigencia de este seguro, con excepción de los servicios de asistencia, los cuales solamente se prestarán en territorio nacional.

DEFINICIONES

Para los efectos del presente Contrato de Seguro, los términos que se definen a continuación tienen el siguiente significado, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que requiera la Hospitalización del Asegurado dentro de los primeros noventa (90) días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza.

No incluye enfermedad o cualquier condición o proceso degenerativo o natural.

No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado: Es la persona identificada con tal carácter en la carátula de la Póliza y que ha quedado protegida bajo los beneficios de la Póliza.

Cuando este seguro sea contratado en la modalidad o plan "Familiar", bajo la póliza quedarán también amparados los Dependientes Económicos cuya calidad se acredite y se dé a conocer a la Compañía en el momento de la ocurrencia de algún siniestro, no siendo necesaria su declaración o mención específica en la carátula de póliza.

Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro. Para efectos del

presente Contrato de Seguro, el Beneficiario será el propio Asegurado.

Causa Relacionada: Cualquier situación médica considerada médicamente como una causa subyacente de, o directamente atribuible a la enfermedad para la que se busca el tratamiento.

Compañía: Chubb Seguros México, S.A.

Contratante: Es aquella persona que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas. El Contratante se obliga a realizar el pago de la prima.

Contrato de Seguro: Es el documento donde se establecen los términos y condiciones celebrados entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Estas condiciones generales, la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del Contrato de Seguro.

Dependientes Económicos: Se consideran como Dependientes Económicos del Asegurado y Contratante a cualquiera de las siguientes personas, siempre y cuando dicha calidad se acredite y se dé a conocer a la Compañía en el momento de la ocurrencia de algún siniestro y estén dentro de los límites de edad establecidos en este contrato de seguro:

- El cónyuge o concubino(a) que posea tal carácter conforme a la legislación civil aplicable.
- Los hijos del Contratante de acuerdo con lo establecido en el apartado denominado "Edad" de las Cláusulas Generales de este Contrato de Seguro.

Al contratar este seguro en su modalidad o plan "Familiar", de los Dependientes Económicos se entenderán únicamente incluidos, aún sin ser específicamente declarados o nombrados por el Contratante y/o Asegurado.

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

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 de Seguro, 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.

Enfermedad: 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 la 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.

Enfermedad o Padecimiento Preexistente: Se entenderá por Enfermedades y/o Padecimientos Preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

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

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma,

es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad o un padecimiento haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será que un Médico determine un diagnóstico o tratamiento y/o que el Asegurado realice gastos para la detección o tratamiento de la enfermedad o padecimiento, previos a la celebración del Contrato de Seguro.

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

- a) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado 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; o
- b) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, 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 Compañía, 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 de Seguro, la Compañía 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 Compañía, acudir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes. El árbitro a ser designado por las partes deberá ser un Médico especialista certificado por el Consejo correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate. La Compañía 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 árbitro no deberá estar vinculado a ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto del conflicto que va a resolver, así como a revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiera ser imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento de un árbitro, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento. El procedimiento del arbitraje 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 a 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 Compañía.

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

Fecha de Inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y enfermeras titulados las veinticuatro (24) horas del día y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado. No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o Sanatorio, ya sea por tratamiento u observación médicamente necesarios, como consecuencia de un Accidente, Enfermedad, lesión corporal o cirugía programada.

Indemnización: Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que cuente con una cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Periodo de Espera: Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del seguro, durante el cual el Asegurado no estará amparado por la Póliza y el cual deberá transcurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura de Apoyo Hospitalario por Enfermedad. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de esta cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la Póliza o en caso de rehabilitación de la misma. El Periodo de Espera aplicable será el especificado en la carátula de la Póliza.

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

Periodo Máximo de Beneficio: Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en razón de las coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente y/o de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en la carátula de la Póliza.

Síndrome de Dependencia al Alcohol: Un estado mental y/o físico que haya sido originado directa o indirectamente por, o esté en vías de relacionarse con la ingesta de bebidas alcohólicas y que se manifieste en síntomas que incluyen un estado compulsivo o un deseo incontrolado por consumir alcohol, en una base continua o periódica.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

En caso de que durante la vigencia de esta Póliza ocurra alguno de los eventos amparados por la misma, la Compañía pagará la Indemnización que corresponda de acuerdo con el beneficio contratado y sin exceder el límite de Suma Asegurada que se especifique para cada cobertura en la carátula de la Póliza, de conformidad con lo siguiente:

1.1 COBERTURA BÁSICA

Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la Hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la carátula de la Póliza; y (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización y tendrá como límite el Periodo Máximo de Beneficio establecido en la carátula de la Póliza.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar y computar el Periodo Máximo de Beneficio.

No obstante lo anterior y en caso de que transcurra un periodo de doce (12) meses entre una Hospitalización y otra, aun cuando haya sido a consecuencia del mismo Accidente, el Periodo Máximo de Beneficio se reinstalará automáticamente.



1.2 COBERTURA ADICIONAL

Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad

Esta cobertura es opcional, por lo que sólo será aplicable si aparece como contratada en la carátula de la Póliza y se activará siempre que haya transcurrido el Periodo de Espera establecido en la carátula de la Póliza.

La Compañía será responsable del pago de una (1) renta diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad, de conformidad con el monto de renta diaria establecido en la carátula de la Póliza.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura siempre que la Hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en la carátula de la Póliza; y (iii) se realice en una institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización y tendrá como límite el Periodo Máximo de Beneficio establecido en la carátula de la Póliza.

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar y computar el Periodo Máximo de Beneficio.

No obstante lo anterior y en caso de que transcurra un periodo de doce (12) meses entre una Hospitalización y otra, aun cuando haya sido a consecuencia de la misma Enfermedad, el Periodo Máximo de Beneficio se reinstalará automáticamente.

EXCLUSIONES

La Compañía no será responsable del pago de Indemnización alguna cuando la Hospitalización sea a consecuencia de lo siguiente:

- a) SIDA y VIH: cualquier Hospitalización que resulte o se relacione directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**
 - i. Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
 - ii. Cualquier Enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- b) Aviación: Lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico de aviación privada, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- c) Cualquier Hospitalización originada 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 Hospitalización alguna que provenga de algún Síndrome de Dependencia al Alcohol, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor Médico de la Compañía, sea considerado Causa Relacionada o directamente atribuible a un Síndrome de Dependencia al Alcohol.**

- d) **Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
- e) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
- f) **Tratamientos ambulatorios.**
- g) **Actividades peligrosas: cualquier Hospitalización que sea causada por participar en actividades peligrosas: montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, marcamiento de ritmo, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.**
- h) **Nuclear: contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir, cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.**
- i) **Enfermedades o Padecimientos Preexistentes.**
- j) **Carreras: por participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.**
- k) **Curas de reposo y medidas preventivas: cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u Hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.**
- l) **Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- m) **Tratamiento no recomendado por un Médico: cualquier Hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un Médico con cédula profesional o su equivalente en el extranjero, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia.**
- n) **Hospitalización para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.**
- o) **Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- p) **Variaciones de peso: obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**
- q) **Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en las que participe directamente el Asegurado.**

CANCELACIÓN

El Contratante y/o Asegurado podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.

La Póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado, por cualquier causa, solicite la cancelación o la terminación anticipada del seguro, la Compañía devolverá la



prima neta no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago. La Compañía realizará dicha devolución al Contratante y/o Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria.

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 establecida en el apartado denominado "Edad" de las Cláusulas Generales de este Contrato de Seguro.
- b) Por el fallecimiento del Contratante.
- c) Si el Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- d) Por falta de pago de las primas, habiendo transcurrido el periodo de gracia establecido en este Contrato de Seguro.

CLÁUSULAS GENERALES

a) Suma Asegurada

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.

El monto de dicho pago corresponderá a la suma de todos los Días de Hospitalización que el Asegurado haya estado hospitalizado de conformidad con lo establecido en la cobertura contratada.

b) Límite Territorial

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir Hospitalizaciones que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y en el extranjero, con excepción de los Servicios de Asistencia, los cuales solamente se prestarán en territorio nacional.

c) Residencia

Sólo estarán protegidos bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

d) Siniestros

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberá ponerlo en conocimiento de la Compañía. El Asegurado gozará al efecto de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso de siniestro que deberá dar a la Compañía. 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.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía la forma de declaración que para tal efecto se le proporcione, así como todos los documentos médicos relacionados con la Hospitalización reclamada. En caso de siniestro, el Asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

1. Formato de reclamación.
2. Comprobante de Domicilio del Asegurado (con una vigencia no mayor a 3 meses).
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
4. Formato Conoce a tu Cliente (a ser proporcionado por la Compañía).
5. Formato de transferencia y estado de cuenta (en caso de solicitar pago por transferencia).
6. Formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad.
7. Constancia de Hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, firmada por personal administrativo del Hospital.
8. Informe médico que indique los antecedentes, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por el Médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección).

9. Interpretación médica y resultado de los estudios realizados.
10. En caso de Accidente y de haber ameritado, presentar actuaciones ministeriales y/o reporte de todas las partes que hayan intervenido en el evento.

Adicionalmente, en el caso de Dependientes Económicos deberá presentar la siguiente documentación a efecto de acreditar la calidad de dichas personas:

1. En el caso de cónyuge, acta de matrimonio.
2. En el caso de concubino (a), constancia de concubinato o su equivalente en función de la legislación civil aplicable al lugar de residencia del Contratante.
3. En el caso de hijos, acta(s) de nacimiento.

Queda entendido que en caso de que el Contratante no acredite la calidad de los Dependientes Económicos con base en la documentación antes mencionada, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado y/o los Dependientes Económicos para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

e) Pruebas

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

f) Fraude, Dolo, Mala Fe o Culpa Grave

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) Si el Asegurado y/o sus Dependientes Económicos o sus respectivos representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- b) Si el Asegurado y/o sus Dependientes Económicos o sus respectivos representantes con igual propósito, no entregan a tiempo a la Compañía, la documentación a que se refiere el apartado de Siniestros.
- c) Si hubiera en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Asegurado y/o sus Dependientes Económicos o sus respectivos representantes.
- d) Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado.

g) Competencia

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

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



Datos de contacto

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

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

Teléfono: 01 800 006 3342

Correo electrónico: uneseguros@chubb.com

Horarios de Atención:

Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia 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 resto del territorio nacional: 01 800 999 8080

h) Comunicaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro se deberá hacer por escrito a la Compañía en el domicilio de ésta o vía correo electrónico al uneseguros@chubb.com

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República 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 a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado a la Compañía al momento de la contratación y/o (iii) vía telefónica o mensaje SMS al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya

proporcionado a la Compañía 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 Compañía tenga conocimiento. Asimismo, las comunicaciones de los Contratantes y/o Asegurados a la Compañía en términos del primer párrafo de esta sección, se considerarán como auténticas y válidas, siempre que provengan del correo electrónico que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado previamente a la Compañía.

i) Prima

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

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 noventa (90) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la Indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Asegurado mediante cheque, transferencia bancaria, descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya seleccionado.

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

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

j) Deducciones

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

k) Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en el apartado denominado "Periodo de Gracia" de las Cláusulas Generales de este Contrato de Seguro, el Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicho apartado 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 Compañía 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.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato de Seguro 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 Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

La Compañía únicamente responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación.

l) Periodo de Gracia

El cargo de la prima a la cuenta del Contratante se hará en la fecha de inicio de cada periodo de pago pactado y en caso de que la cuenta no tenga fondos o línea de crédito suficientes, la Compañía intentará hacer el cargo diariamente hasta noventa (90) días naturales después de dicha fecha, que es el periodo de gracia al que tiene derecho el Contratante, continuando en vigor el contrato durante ese lapso de tiempo.

Si dentro del periodo de gracia ocurriese alguna eventualidad amparada por el Contrato de Seguro, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente deduciendo la prima vencida que no hubiere sido pagada.

Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato de Seguro.

m) Edad

Las edades de aceptación para el Asegurado (no hijo) y el cónyuge o concubino serán de dieciocho (18) años como mínima y sesenta y cuatro (64) años como máxima; la edad máxima de renovación es de setenta y cuatro (74) años, cancelándose la cobertura en el aniversario inmediato posterior a que el Asegurado (no hijo) y/o el cónyuge o concubino cumpla setenta y cinco (75) años.



Las edades de aceptación para los hijos del Contratante serán de un (1) año como mínima y veinte (20) años como máxima; la edad máxima de renovación es de veintiún (21) años, cancelándose de forma automática la cobertura en el aniversario inmediato posterior a que el hijo cumpla veintidós (22) años.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

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

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

Si la edad 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 de Seguro;
- 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 repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción 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 la edad real, la Compañía estará

obligada a rembolsar 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 de Seguro. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

- D. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

n) Privilegio de conversión

Cualquier Asegurado cuya cobertura haya sido cancelada por haber alcanzado la edad máxima de renovación, según lo establecido en el apartado inmediato anterior "Edad", tendrá derecho a solicitar a la Compañía la expedición de una Póliza individual a su favor, siempre que el Asegurado haya permanecido cubierto de manera continua e ininterrumpida desde su fecha de alta y presente un historial favorable de siniestralidad.

El Asegurado deberá solicitar su aseguramiento por escrito y dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de baja efectiva. De solicitarse el aseguramiento en el plazo establecido, la Compañía no solicitará al Asegurado requisitos adicionales de suscripción, tales como cuestionarios y exámenes médicos y reconocerá la antigüedad respectiva.

La solicitud de aseguramiento no implicará por sí misma el otorgamiento automático de cobertura. De otorgarse la Póliza individual, la oferta se realizará con base en los planes disponibles al momento de la solicitud, pudiendo el Asegurado aceptar o rechazar la oferta.

o) Moneda

El producto estará denominado en dólares de los Estados Unidos de América. Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, 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.

p) Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en dos (2) años.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley.

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

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

q) Renovación Automática

Este Contrato de Seguro tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de la Póliza. La renovación automática solo se

realizará en caso de que a la fecha de renovación exista el mismo plan, así como los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente. Sin perjuicio de lo anterior, a la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y sumas aseguradas, en función de: (i) el aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México o bien (ii) en función de la inflación general de salud calculada anualmente por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) con base en la información publicada por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI) pudiendo ajustar con base en la que resulte mayor entre ambos indicadores.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará al Contratante con treinta (30) días de anticipación, las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas, sumas aseguradas y otras características. El Contratante podrá rechazar la renovación del seguro bajo los nuevos términos y condiciones, en cuyo caso lo deberá hacer saber a la Compañía dentro del referido plazo de treinta (30) días previos a la renovación respectiva. En caso de que la Compañía no reciba por parte del Contratante solicitud de no renovación, la Póliza será renovada según los nuevos términos y condiciones.

La Compañía se obliga a:

Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará dicha renovación.

- **Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.**

La renovación se llevará a cabo sin requisitos de asegurabilidad y tanto el Asegurado como la Compañía podrán solicitar la no renovación del seguro mediante



notificación por escrito efectuada con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

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

r) 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, 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 treinta (30) días señalado en el Artículo 71 antes citado.

s) Modificaciones

Las disposiciones generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos sólo podrán modificarse mediante acuerdo entre el Contratante y la Compañía. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

t) Medios de Contratación

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) 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.

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

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

u) Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

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

v) Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)

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

- A. La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que

consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

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

En caso de que el Contratante y/o 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 Contratante y/o 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 Contratante y/o Asegurado recibió la Póliza.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Contratante y/o 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 Contratante y/o 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 treinta (30) días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace referencia el párrafo anterior, deberá comunicarse al 01 800 911 2639 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 01 800 911 2639 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 01 800 911 2639 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.

w) **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.



x) **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 de Seguro.

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa Compañía 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 tratado internacional 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 de Seguro 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.

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 18 de enero de 2019, con el número CNSF-S0039-0026-2019 / CONDUSEF-003590-01.



CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

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

Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de enero de 2019, con el número CNSF-S0039-0026-2019 / CONDUSEF-003590-01.

FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del Contrato de Seguro.
4. 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:

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

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

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 18 de enero de 2019, con el número CNSF-S0039-0026-2019 / CONDUSEF-003590-01.

**Apreciable Asegurado:**

Le damos la más cordial bienvenida a su programa de asistencias de Apoyo Hospitalario.

Hemos diseñado un producto para su bienestar y tranquilidad, contamos con amplia experiencia en la administración de Servicios de Asistencia a nivel nacional. Le recordamos que el beneficio de asistencias podrá hacerlo válido a partir del segundo día a la compra de este seguro en el siguiente teléfono: **91 77 19 21**

| ASISTENCIA | DESCRIPCIÓN | LÍMITE |
|------------------------------|---|--|
| Estudio Médico | El Asegurado tendrá derecho a un estudio de laboratorio que consiste en: a) Química sanguínea de 27 elementos b) Examen General de Orina c) Análisis de Sangre | 1 evento al 4 mes de haber realizado la compra |
| Consulta Médica | En caso de que el usuario requiera Asistencia Médica por emergencia, se le coordinará el envío de un médico general a su domicilio, las 24 horas del día los 365 días del año, o en su caso, la cita con el médico en su consultorio. | 2 eventos |
| Enfermera Cuidadora | En caso de que el usuario haya sufrido una enfermedad o accidente y requiera asistencia de enfermería a domicilio por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico-médico, se le coordinará el envío de una enfermera para la atención básica. | 1 evento por 4 días máximo |
| Niñera/Empleada Doméstica | En caso de que el usuario haya sufrido una enfermedad o accidente y requiere una empleada doméstica o niñera por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico-médico, se enviará una persona calificada para realizar las labores de limpieza del inmueble o cuidado de menores, éstos servicios se cubrirán sólo en el interior de la vivienda del Asegurado. Los servicios de asistencia son para los cuidados básicos de los menores (alimentación, vigilancia, entretenimiento). Los menores deberán estar siempre acompañados de un familiar mayor de edad, no podrán permanecer solos en la vivienda del Asegurado. | 1 evento por 4 días máximo |
| Renta de Equipo Domiciliario | En caso de que el usuario haya sufrido un accidente y requiera equipo médico por convalecencia y por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico - médico que lo justifique, se cubrirá el pago exclusivamente de la renta de un equipo de cuidados médicos domiciliarios hasta por 5 días. Los equipos que se pondrán a disposición de los usuarios son sillas de ruedas básicas, bastones, andaderas, atril para tanques de oxígeno, etc. | 1 evento por 5 días máximo |

Para obtener sus beneficios le pedimos se comunique al número: **91 77 19 21** en donde le ayudarán a gestionar su cita para su estudio médico, cita médica, etc., y le mandarán vía e-mail la confirmación de ésta.

CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

1. Para hacer válida la cobertura, el Asegurado deberá solicitar el servicio de manera oportuna vía telefónica a **EL PRESTADOR** en el periodo de vigencia de los servicios.
2. Para hacer uso de cualquiera de los servicios el Asegurado deberá contactar previamente a **EL PRESTADOR**, quien gestionará la totalidad del evento. En caso de que el Asegurado gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura ya no es aplicable.
3. En el supuesto que la prestación del servicio se vea afectada por causas de fuerza mayor, **EL PRESTADOR** llevará a cabo las acciones necesarias para prestar el servicio en las mejores condiciones posibles.
4. **EL PRESTADOR** no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:
 - Cuando el Asegurado no se identifique como Asegurado activo, o cuando la Póliza no se encuentre vigente o esté cancelada.
 - Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita proporcionar debidamente el servicio, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
 - Cuando el Asegurado incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.

TERCERA. EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de la cobertura a la que refiere esta Asistencia, las prestaciones o hechos que se mencionan a continuación:

- **Los causados por mala fe del Asegurado.**
- **Queda excluida la solicitud de servicio de asistencia que contravenga la Ley.**
- **Quedan excluidas de los Servicios las siguientes situaciones:**
Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

EL PRESTADOR no será responsable de los retrasos o incumplimientos debido a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas del lugar en que deban prestarse los servicios.



TÉRMINOS Y CONDICIONES ASISTENCIAS MÉDICAS

A continuación, se describen los servicios de asistencia que proporcionará TM-ASSISTANCE a los Clientes de La Aseguradora (en lo sucesivo “los Asegurados”), los cuales tendrán una vigencia mensual, aplicando únicamente al titular de la Póliza.

El Asegurado deberá comunicarse al número telefónico que las partes designarán para la atención y comunicación con el Asegurado, en dónde se les brindarán los servicios de Asistencia.

PRIMERA. DESCRIPCIÓN DE ASISTENCIAS

Estudio Médico

El Asegurado tendrá derecho a un estudio de laboratorio que consiste en:

- a) Química sanguínea de 27 elementos.
- b) Examen General de Orina.
- c) Análisis de Sangre.

Limitado a un evento al año y el usuario podrá hacer uso del mismo hasta el 4º mes de haber pagado consecutivamente su servicio, así mismo tendrá un mes (del mes 4 al mes 5) para llamar al **PRESTADOR** del servicio para la coordinación del servicio, una vez que el **PRESTADOR** le coordine el servicio tendrá 7 días para redimirlo en el laboratorio asignado.

El Asegurado podrá ceder su estudio médico a su Beneficiario siempre y cuando sea mayor de edad y se encuentre como Beneficiario en la Póliza del seguro. El Asegurado deberá comunicarse con **PRESTADOR** para coordinar el estudio, el cual se llevará a cabo en los laboratorios que forman parte de la red de proveedores médicos en convenio con TM-ASSISTANCE. No aplican reembolsos.

Envío de Médico a Domicilio o consulta en consultorio

En caso de que el usuario requiera Asistencia Médica por emergencia, **PRESTADOR** coordinará el envío de un médico general a su domicilio, las 24 horas del día los 365 días del año, o en su caso, la cita con el médico en su consultorio. Limitado a unos dos eventos sin costo al año siempre que éste se lleve a cabo con la Red de Médicos del **PRESTADOR** y siempre que el Asegurado haya dado aviso al mismo para coordinar una cita. No aplica reembolso.

Envío de Enfermera a domicilio

En caso de enfermedad o accidente y el usuario requiera asistencia de enfermería a domicilio por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico - médico, **PRESTADOR** coordinará el envío de una enfermera para la atención básica, se cubrirá por evento máximo hasta 8 horas de asistencia diaria y hasta por 4 días.

Limitado a un evento sin costo al año siempre que éste se lleve a cabo con la Red del **PRESTADOR** y siempre que el Asegurado haya dado aviso de la misma para coordinar el servicio.

No aplica reembolso. La/el enfermero(a) seguirá los estudios y desarrollará actividades comprendidas en el programa de formación de su especialidad que voluntariamente y libremente ha elegido según consta en su Título de especialista; prestará sus servicios en el domicilio que se asigne siempre acompañado de un familiar del enfermo.

El **PRESTADOR** no se hace responsable por pérdidas o daños de bienes muebles u objetos que se encuentren dentro de la vivienda del Asegurado donde se prestarán los servicios.

Empleada doméstica o niñera

En caso de enfermedad o accidente y el usuario requiera una empleada doméstica o niñera por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico - médico, se enviará una persona calificada para realizar las labores de limpieza del inmueble o cuidado de menores, éstos servicios se cubrirán sólo en el interior de la vivienda del Asegurado, se cubrirá por evento máximo hasta 8 horas diarias y hasta por 4 días. Los servicios de asistencia son para los cuidados básicos de los menores (alimentación, vigilancia, entretenimiento). Limitado a un evento sin costo al año siempre que éste se lleve a cabo con la Red del **PRESTADOR** y siempre que el Asegurado haya dado aviso para coordinar el servicio. No aplica reembolso. Se entiende por menor de edad los niños no mayores a 14 años ni menor a 1 año de edad; el / los menores deberán de estar en perfecto estado de salud ya que el personal bajo ninguna circunstancia podrá administrar médicamente alguno (alópata y homeópata), los menores deberán estar siempre acompañados de un familiar mayor de edad, no podrán permanecer solos en la vivienda del Asegurado. TM-ASSISTANCE no se hace responsable por pérdidas o daños de bienes muebles u objetos que se encuentren dentro de la vivienda del Asegurado donde se prestarán los servicios.

Renta de equipo de cuidados domiciliarios por convalecencia en accidente

En caso de que el usuario haya sufrido un accidente y requiera equipo médico por convalecencia y por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico - médico que lo justifique, se cubrirá el pago exclusivamente de la renta de un equipo de cuidados médicos domiciliarios hasta por 5 días. Los equipos que se pondrán a disposición de los usuarios son sillas de ruedas básicas, bastones, andaderas, atril para tanques de oxígeno, entre otros.

En caso de requerir un equipo especializado se puede otorgar con costo preferencial. Limitado a 1 evento por año sin costo siempre y cuando que éste se lleve a cabo con la Red del **PRESTADOR** y siempre que el Asegurado haya dado aviso para coordinar el servicio. No aplica reembolso. Si los equipos en renta requieren de alimentación eléctrica, el Asegurado deberá de contar con un regulador de voltaje para casa habitación. Los equipos se deberán de regresar en las condiciones que fueron recibidas, TM-ASSISTANCE se deslinda de responsabilidad en caso de incurrir en gastos ocasionado por desperfectos, descompostura, mal funcionamiento, etc. que deberán de ser cubiertos por el Asegurado.

SEGUNDA. CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Para hacer válida la cobertura, el Asegurado deberá solicitar el servicio de manera oportuna vía telefónica a **EL PRESTADOR** en el periodo de vigencia de los servicios.
2. Para hacer uso de cualquiera de los servicios el Asegurado deberá contactar previamente a **EL PRESTADOR**, quien gestionará la totalidad del evento. En caso de que el Asegurado gestione por sus propios medios cualquiera de los servicios de asistencia, la cobertura ya no es aplicable.
3. En el supuesto que la prestación del servicio se vea afectada por causas de fuerza mayor, **EL PRESTADOR** llevará a cabo las acciones necesarias para prestar el servicio en las mejores condiciones posibles.
4. **EL PRESTADOR** no se hace responsable de la prestación del servicio en los siguientes casos:
 - Cuando el Asegurado no se identifique como Asegurado activo, o cuando la Póliza no se encuentre vigente o esté cancelada.
 - Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita proporcionar debidamente el servicio, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
 - Cuando el Asegurado incumpla alguna de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.



TERCERA. EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de la cobertura a la que refiere esta Asistencia, las prestaciones o hechos que se mencionan a continuación:

- **Los causados por mala fe del Asegurado Queda excluida la solicitud de servicio de asistencia que contravenga la Ley.**

Quedan excluidas de los Servicios las siguientes situaciones: Las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

TM-ASSISTANCE no será responsable de los retrasos o incumplimientos debido a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas del lugar en que deban prestarse los servicios.

www.americanexpress.com.mx/seguros