

Plan Flexible
Experiencia Propia
con Dividendos

CHUBB®

Contenido

Definiciones	5
Cláusulas Generales	7
Cobertura Básica	13
Indemnización por Fallecimiento Accidental	13
Coberturas Adicionales	13
Indemnización por Pérdidas Orgánicas	13
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	15
Operatividad	18
Indemnizaciones	20
Documentación Requerida en Caso de Siniestro	23
Servicio Adicional de Pago Directo	25
Cobertura por Enfermedad Cerebrovascular	25
Cobertura por Enfermedades Críticas	29
Cobertura por Infarto Agudo al Miocardio	34
Cobertura por Cáncer	37
Cobertura por Cáncer Masculino	40
Cobertura por Cáncer Femenino	43
Cobertura por Gastos Médicos, Hospitalarios y Odontológicos Víctima de Crimen	46
Cobertura por Incapacidad Permanente Total o Parcial por Accidente por Pérdidas Orgánicas	49

Cobertura por Incapacidad Permanente Total por Accidente por Pérdidas Orgánicas	55
Cobertura por Incapacidad Permanente Total por Accidente en Transporte Público por Pérdidas Orgánicas	59
Cobertura por Incapacidad Permanente Total por Accidente como Pasajero de un Vehículo Particular por Pérdidas Orgánicas	63
Cobertura por Incapacidad Permanente Total por Accidente en Viajes en Transportes Aéreos por Pérdidas Orgánicas	67
Cobertura por Muerte Accidental a Causa de un Crimen	71
Cobertura por Muerte Accidental en Transporte Público	73
Cobertura por Muerte Accidental como Pasajero en Vehículo Particular	75
Cobertura por Uso de Cinturón de Seguridad en Muerte Accidental como Pasajero en Vehículo Particular	77
Cobertura por Muerte Accidental en Viaje en Transporte Aéreo	80
Cobertura por Renta Diaria por Hospitalización Accidente y Enfermedad	82
Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	87
Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Crimen	91
Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente Automovilístico	95
Cobertura de Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente	99

Cobertura de Renta Diaria por Incapacidad Temporal a Consecuencia de Crimen	103
Seguro de Desempleo	107
Cobertura de Ayuda por Gastos Educativos	113
Cobertura de Pérdida o Robo de Tarjeta de Crédito o Débito	116
Servicios de Asistencia	123
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)	125
Cláusula OFAC	126
Aviso de Privacidad	127
Cláusula General Designación de Beneficiarios	131

Plan Flexible

Experiencia Propia con Dividendos

Definiciones

Las palabras o frases que aparecen en **negrita y en cursiva** se encuentran definidas en la sección de Definiciones de la Póliza o de la cobertura específica.

1. Accidente

Se entiende por **Accidente**, aquel acontecimiento imprevisto proveniente de una causa fortuita, externa, súbita, violenta e involuntaria que produce lesiones corporales que requieran atención médica o que causen la muerte del **Asegurado**, y que ocurran mientras se encuentra vigente la Póliza. No se considera como **Accidente** las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el **Asegurado**, así como los **Accidentes** expresamente excluidos en la Póliza.

2. Asegurado

Cada uno de los miembros de la **Colectividad Asegurada** por los riesgos amparados por la Póliza respectiva. Dependiendo de la Elegibilidad para cada Póliza, podrán incluirse o no a los **Dependientes Económicos** para cada **Asegurado Titular**.

3. Asegurado Titular

Cada miembro de la **Colectividad Asegurada** que representa a sus **Dependientes Económicos**.

4. Beneficiario

La(s) persona(s) designada(s) por el **Asegurado** que recibe(n) el beneficio amparado por las diferentes coberturas, en caso de **Siniestro**.

5. Certificado Individual

Documento que expide la **Compañía Aseguradora** para cada miembro de la **Colectividad Asegurada** en donde se especifican las condiciones en las cuales ha sido **Asegurado**.

6. Compañía Aseguradora

Chubb Seguros México, S.A. debidamente autorizada para operar en el ramo de **Accidentes y Enfermedades** por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

7. Consentimiento

Documento en donde el **Asegurado** expresa su **Consentimiento** para ser **Asegurado** y en el cual designa a su(s) **Beneficiario(s)** y se menciona la **Suma Asegurada** o regla para determinarla.

8. Contratante

La persona moral o física que ha celebrado con la **Compañía Aseguradora** el contrato de seguro, y es responsable ante la Compañía de pagar la prima correspondiente en su totalidad y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

9. Colectividad Asegurable

Es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato.

10. Colectividad Asegurada

Los integrantes de la **Colectividad Asegurable** que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar **Asegurados** y que den su **Consentimiento** expreso para ello.

En caso de tratarse de una Póliza pagada por el **Contratante** que ofrece como prestación a sus empleados, otro requisito será que el empleado se encuentre en servicio activo.

11. CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

12. Deducible

Monto inicial de cada reclamación a cargo del **Asegurado**. La **Compañía Aseguradora** cubrirá arriba de este límite y hasta la **Suma Asegurada** contratada, acorde a las condiciones de la Póliza. El **Deducible** aplicará solo una vez para cada **Evento**.

13. Dependientes Económicos

Serán considerados como **Dependientes Económicos** del **Asegurado Titular** las siguientes personas:

1. Su cónyuge.
2. Sus hijos solteros y sin ingresos por trabajo personal.

14. Endoso

Documento emitido por la **Compañía Aseguradora** que modifica, previo acuerdo entre las partes: bases, términos y condiciones de la Póliza; y forma parte de la misma. Lo señalado en estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

15. Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

16. Evento

El tratamiento o serie de tratamientos médicos y/o quirúrgicos a que sea sometido el **Asegurado** a consecuencia directa de un **Accidente** que le haya dado origen. Los tratamientos subsecuentes serán considerados como un solo **Evento** a menos que:

- a) Se tenga una completa recuperación del **Accidente** que haya causado el tratamiento previo antes de que comience cualquier tratamiento posterior.
- b) El tratamiento posterior sea debido a causas totalmente diferentes a aquellas que dieron origen al tratamiento previo.

También se considera al acontecimiento previsto en la Póliza que puede dar lugar a indemnización, sin perjuicio de las **Exclusiones** generales y específicamente determinado para cada cobertura.

17. Hospitalización

Reclusión del **Asegurado** en un **Hospital** por diagnóstico y bajo el cuidado y atención de un **Médico**, por un periodo continuo mínimo de 24 (veinticuatro) horas.

18. Periodo de Carencia

Periodo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del **Certificado Individual**, durante el cual el **Asegurado** no contará con cobertura. Este Periodo deberá cumplirse por única vez para cada **Asegurado**, es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo **Certificado Individual**.

El **Periodo de Carencia** se indica en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, y puede ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

19. Hospital

Institución legalmente autorizada para prestar servicios Hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos en el país en donde se encuentre y que opere bajo la supervisión constante de un **Médico** acreditado como tal.

20. Médico

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

21. RECAS

Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF.

22. Reembolso

Es el sistema mediante el cual la **Compañía Aseguradora** liquidará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que incurra y que haya pagado directamente al prestador de servicios **Médicos**.

23. Siniestro

La ocurrencia de cualquier **Accidente** cubierto que pueda ser motivo de indemnización por parte de la Compañía en términos del contrato de seguro y hasta los límites máximos de responsabilidad contratados (**Suma Asegurada**).

24. Suma Asegurada

Será la que resulte de aplicar la regla definida por el **Contratante**, misma que se registrará tanto en la Carátula de la Póliza como en **Certificado Individual**.

Cláusulas Generales

1. Ajuste de Primas

En caso de alta o baja de **Asegurados** o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, la **Compañía Aseguradora** cobrará o devolverá al **Contratante** la prima correspondiente calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha prima a la emisión del siguiente recibo, o bien como un ajuste independiente.

2. Aviso de Privacidad

La información personal del **Proponente** y/o **Asegurado**, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que la **Compañía Aseguradora** recolecte mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, a través de terceros autorizados, por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, será utilizada para el cumplimiento del contrato de seguro al que se incorpora el presente aviso, así como para la realización de estudios estadísticos, para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de la **Compañía Aseguradora**, así como para remitirle información sobre productos y servicios del mismo.

La información personal del **Proponente** y/o **Asegurado** que la **Compañía Aseguradora** recabe en esta forma se trata con la confidencialidad debida y no se vende, ni cede a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a la **Compañía Aseguradora** a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectuó con terceros con los que la **Compañía Aseguradora** celebre contratos en interés del **Proponente** y/o **Asegurado** o para dar cumplimiento al contrato de seguro celebrado con el mismo.
- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o Responsable de Datos Personales de la **Compañía Aseguradora** ante quién el **Proponente** y/o **Asegurado** puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito.

La **Compañía Aseguradora** se reserva el derecho a modificar este Aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet www.chubb.com/mx

Se entenderá que el **Proponente** y/o **Asegurado** consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

3. Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la **Colectividad Asegurada**, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el **Certificado Individual** expedido. En este caso, la **Compañía Aseguradora** restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente

4. Beneficiarios

El **Asegurado** debe designar a sus **Beneficiarios** en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La Indemnización que proceda se pagará al **Asegurado** o al/a los **Beneficiario(s)** que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el contrato. Los **Asegurados** tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los **Beneficiarios** siempre que la Póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario.

El **Asegurado** o el **Contratante**, deberá notificar por escrito el cambio de **Beneficiario** a la **Compañía Aseguradora**, indicando el nombre del nuevo **Beneficiario** para su anotación en el contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la **Compañía Aseguradora** pagará al último **Beneficiario** del que se haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

Si habiendo varios **Beneficiarios** falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del **Asegurado**. Cuando no haya **Beneficiarios** designados, o en el caso de que el **Beneficiario** y el **Asegurado** mueran simultáneamente, o cuando el **Beneficiario** designado muera antes que el **Asegurado** y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del **Asegurado**; salvo estipulación en contrario.

El **Contratante** no podrá intervenir en la designación del **Beneficiario**, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el **Contratante**, o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

El **Asegurado** podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de **Beneficiarios**, haciéndola irrevocable, siempre y cuando ésta renuncia o designación irrevocable sea notificada por escrito al **Beneficiario Irrevocable** designado, así como a la **Compañía Aseguradora**, y se haga constar en la presente Póliza como lo previene la Ley.

ADVERTENCIA: En caso 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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al 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 sólo 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**.

5. Carencia de Restricciones

Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida del **Asegurado**, posteriores a la fecha de su inclusión en el seguro.

6. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de la **Compañía Aseguradora** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la **Compañía Aseguradora** a satisfacer las pretensiones del **Asegurado**. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7,
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 800 223 2001
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00
horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100,
Ciudad de México.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos:
En la Ciudad de México: 55 5340 0999
En el territorio nacional: 800 999 8080

7. Contrato de Seguro

Forman parte del contrato de seguro y hacen prueba del mismo: la solicitud del seguro, las condiciones generales, el registro de **Asegurados**, los **Consentimientos**, los Certificados Individuales, los cuestionarios Médicos, en su caso, los recibos y los **Endosos** que se le agreguen y la Carátula de la Póliza.

8. Contribución de los Asegurados

Los miembros de la **Colectividad Asegurada** podrán contribuir al pago de la prima.

Cuando el miembro de la **Colectividad Asegurada** no cubra al **Contratante** la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja a la **Compañía Aseguradora**.

9. Ingresos a la Colectividad

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

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

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

10. Lugar de Pago

Salvo convenio específico, las primas convenidas deberán ser pagadas en el domicilio de la **Compañía Aseguradora** señalado en la Carátula de la Póliza, contra entrega del recibo expedido por la misma.

11. Modificaciones y Notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante** y/o **Asegurado** que consten por escrito y queden asentadas en **Endosos** a la Póliza.

Toda notificación por parte del **Contratante** o de los **Asegurados** a la **Compañía Aseguradora** deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la Carátula de la Póliza. Los requerimientos y comunicaciones que la **Compañía Aseguradora** deba hacer al **Contratante** o a los **Asegurados**, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la **Compañía Aseguradora**.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la **Compañía Aseguradora**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 (veinticinco) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

12. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del **Contratante** o de la **Compañía Aseguradora**, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Cuando la contratación de la Póliza sea en moneda extranjera los pagos que procedan se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

13. Omisiones e Inexactas Declaraciones

El **Contratante** y/o **Asegurados** están obligados a declarar por escrito a la **Compañía Aseguradora**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas; tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la **Compañía Aseguradora** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del **Siniestro**.

La presente cláusula sólo aplicará para aquellos supuestos en que los **Asegurados** se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la **Colectividad Asegurada**.

14. Pago de Primas

La prima a cargo del **Contratante** vence en el momento de la celebración del contrato. En caso de que el **Contratante** optara por una forma de pago diferente a la anual, los Periodos deberán ser de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada Periodo pactado, aplicando la tasa de pago fraccionado correspondiente y vigente en la fecha de celebración de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de la presente Póliza cesarán automáticamente a las 12:00 hrs. p.m. (doce horas pasado meridiano) del último día de ese plazo.

Las primas ulteriores a la del primer Periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo.

Si dentro del plazo convenido ocurre un **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** podrá deducir del importe del seguro, las primas vencidas y no pagadas.

La obligación del pago de primas será del **Contratante**.

Se entenderán recibidas por la **Compañía Aseguradora** las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

15. Participación de Utilidades

El **Contratante** y los **Asegurados** participarán en las utilidades que obtenga la **Compañía Aseguradora** en la misma proporción en que contribuyan al pago de la prima.

Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo pagadas y devengadas calculadas hasta el monto correspondiente a la **Suma Asegurada** máxima individual sin requisitos médicos que se establezca para otorgarse, y los **Siniestros** ocurridos.

Por primas netas de riesgo se entenderá la prima cobrada menos el recargo por pago fraccionado, gastos de administración y utilidad, gastos de adquisición y costo de reaseguro en caso de que aplique.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la póliza. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados.

El pago de dicha participación no está condicionado a la renovación.

16. Periodicidad

El **Contratante** puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado correspondiente y vigente en la fecha de celebración del contrato o en cada fecha de renovación.

17. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La **Prescripción** se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por los Artículos 63 (sesenta y tres) y 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la **Compañía Aseguradora** suspenderá la **Prescripción** de las acciones a que pudiera dar lugar.

18. Primas

La prima total de la **Colectividad Asegurada** deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno de los **Asegurados**, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. La prima básica corresponderá al periodo de vigencia estipulada en la Carátula de la Póliza.

19. Renovación

Al término del periodo pactado podrá ser renovado este contrato, siempre y cuando el **Contratante** haya solicitado dicha renovación a más tardar dentro de los treinta días naturales anteriores a la terminación.

Dicha renovación se efectuará mediante **Endoso** a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro del Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de **Accidentes** y **Enfermedades** en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

20. Revelación de Comisiones

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

21. Terminación del Contrato

La terminación de este contrato celebrado entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante**, puede terminar por las siguientes causas:

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza.
- b) Terminado el plazo de gracia para el pago de las primas correspondientes, sin que éstas hayan sido pagadas.
- c) Mediante petición por escrito del **Asegurado** o **Contratante** a la **Compañía Aseguradora**.
- d) Que el **Contratante** no cumpla con las obligaciones previstas en este contrato, en cuyo caso, la **Compañía Aseguradora** se obliga a devolver la prima no devengada.

Cuando el **Contratante** dé por terminado el contrato mediante petición por escrito, el contrato dejará de surtir efectos desde que quede notificada la **Compañía Aseguradora**, quien tendrá derecho a la parte de la prima que corresponde al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor.

La Compañía deberá devolver la totalidad de la prima no devengada dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que surta efecto la terminación del contrato, descontando el gasto de adquisición.

22. Terminación del Seguro Respecto a cada Asegurado

Además de las especificaciones mencionadas en la cláusula Terminación del Contrato, las coberturas cesarán individualmente para cada **Asegurado** en los siguientes casos:

- a) Al momento en que el **Asegurado** deje de formar parte de la **Colectividad Asegurada**.
- b) Al pagarse la **Suma Asegurada**.
- c) Cuando el **Contratante** solicite la cancelación de la Póliza
- d) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado.

23. Vigencia

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que se especifica en la Carátula de la Póliza.

Cobertura Básica

1. Indemnización por Fallecimiento Accidental (F)

La **Compañía Aseguradora** pagará la **Suma Asegurada** de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece a consecuencia de un **Accidente** cubierto dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo.

Coberturas Adicionales

2. Indemnización por Pérdidas Orgánicas (IPO)

2.1. Pérdida Orgánica

Definición

Por **Pérdida Orgánica** de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien su anquilosamiento total; por **Pérdida** de un ojo, se entenderá la **Pérdida** completa e irreparable de la vista de dicho ojo.

La **Pérdida Orgánica** significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación o anquilosamiento de la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.

Si en la fecha del **Accidente**, el **Asegurado** ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa **Pérdida Orgánica** no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta Póliza.

2.2. Cobertura

Si a consecuencia de cualquier **Accidente** cubierto y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo, el **Asegurado** sufre cualesquiera de las **Pérdidas** enunciadas a continuación, la **Compañía Aseguradora** pagará el porcentaje de la **Suma Asegurada** de esta cobertura y que se indica en la siguiente tabla, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura y aparezca en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

Cuando sean varias las **Pérdidas** Orgánicas ocurridas durante la vigencia de esta Póliza en uno o varios **Accidentes**, la **Compañía Aseguradora** pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la **Suma Asegurada** para esta cobertura.

La Tabla de Indemnización contratada puede ser:

Tabla A

Concepto	%
1. Ambas manos	100%
2. Ambos pies	100%
3. Ambos ojos	100%
4. Una mano y un pie	100%
5. Una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100%
6. Una mano o un pie	50%
7. Un ojo	30%
8. El dedo pulgar de cualquier mano	15%
9. El dedo índice de cualquier mano	10%

Tabla B

Concepto	%
1. Ambas manos	100%
2. Ambos pies	100%
3. Ambos ojos	100%
4. Una mano y un pie	100%
5. Una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100%
6. Una mano o un pie	50%
7. Un ojo	30%
8. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
9. Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
10. Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar o ni el índice	25%
11. El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
12. La audición total de los dos oídos	25%
13. El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
14. El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
15. El dedo pulgar de cualquier mano	15%
16. El índice de cualquier mano	10%
17. El dedo medio, el anular o el meñique	5%
18. Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
19. Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%

3. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La **Compañía Aseguradora** reembolsará hasta la **Suma Asegurada** contratada en esta cobertura, los Gastos Médicos en que incurra el **Asegurado** por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier **Accidente** cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura y aparezca en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

3.1 Deducible

Será necesario cubrir el **Deducible** contratado para esta cobertura y mencionado en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, para que tenga efecto esta cobertura.

3.2 Periodo de Beneficio

El **Reembolso** de Gastos Médicos Cubiertos por cada **Evento** se efectuará hasta que ocurra el primero de los siguientes supuestos:

- a) Se alcance el tope de **Suma Asegurada** contratada para este beneficio.
- b) En caso de que la Póliza no sea renovada, el **Reembolso** de Gastos Médicos Cubiertos por cada **Evento** ocurrido con anterioridad a la fecha de cancelación de la Póliza, se efectuará por un periodo máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días, contados a partir de la fecha de la primera erogación, independientemente de que no se haya alcanzado la **Suma Asegurada** máxima de **Reembolso**.
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital del **Asegurado**.

3.3. Monto Máximo de Reembolso

El **Reembolso** máximo que efectuará la **Compañía Aseguradora**, por cada **Evento**, no excederá de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, misma que se especifica en la Carátula de la Póliza y/o Certificado.

3.4. Gastos Médicos Cubiertos

1. El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
2. El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.
3. El costo por consultas médicas con un máximo de una por día, exceptuando las consultas postoperatorias para las que no operará dicho máximo. El costo de las consultas médicas post- operatorias en los siguientes 15 (quince) días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.
4. El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
5. El costo por enfermera con un límite máximo de tres turnos por día, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del **Hospital** se limitará el costo por enfermera a tres turnos por día con un máximo de 30 (treinta) días por cada **Evento**.

La contratación de la enfermera deberá ser prescrita por un **Médico**.

6. El costo por **Hospitalización**, representado por el uso de habitación, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
7. El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una **Prescripción** médica, estén relacionados con el padecimiento y se acompañen las rectas correspondientes.

8. El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrado al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
9. El costo por utilización de ambulancia terrestre.

4. Exclusiones

Esta Póliza no cubre:

1. Abortos, con excepción de los que acontezcan como resultado de un **Accidente** cubierto.
2. **Accidentes** acuáticos o que ocurran mientras el **Asegurado** hace uso de actividades de playa (paracaídas de playa, moto acuática, sky acuático) Tampoco se cubrirán los **Accidentes** originados por la práctica de buceo cuando no se cuente con la licencia respectiva y/o no se esté bajo supervisión de instructores capacitados y/o la inmersión sea superior a 40 metros.
3. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
4. Consumo de complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier fórmula alimenticia infantil, aun por **Prescripción** médica en **Accidentes** cubiertos, cualquiera que sea su causa.
5. Cualquier padecimiento o intervención quirúrgica que no sea a consecuencia directa de lesiones provocadas por un **Accidente** cubierto por la Póliza.
6. Donativos a Instituciones que proporcionen servicios médicos.
7. El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.
8. El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
9. Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un **Accidente** cubierto.
10. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
11. Gastos realizados por acompañantes del **Asegurado** durante su **Hospitalización**, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
12. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un **Accidente** cubierto.
13. Honorarios médicos cuando el **Médico** tratante sea familiar directo del **Asegurado**.
14. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
15. Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
16. Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
17. Lesiones ocasionadas directamente por el **Asegurado**, actos delictivos ocasionados por el **Asegurado** o con participación intencional por parte de él, intento o consumación de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
18. Lesiones originadas por la participación intencional del **Asegurado** en actos delictivos.
19. Lesiones que sufra el **Asegurado** a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra (declarada o no), insurrección, revolución o rebelión.
20. Lesiones que sufra el **Asegurado** al viajar como **Pasajero**, piloto, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente autorizada para el transporte regular de **Pasajeros**.
21. Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron prescritos por un **Médico** y estén relacionados con algún padecimiento del **Asegurado**. Se excluye la sobredosis intencional. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del **Asegurado**.

22. Lesiones sufridas por el *Asegurado* a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
23. Lesiones sufridas por el *Asegurado* al participar en huelgas y alborotos populares.
24. Lesiones sufridas por el *Asegurado* al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
25. Lesiones sufridas por el *Asegurado* al practicar alpinismo, montañismo, paracaidismo, buceo, espeleología, equitación, charrería, artes marciales, boxeo, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, deportes aéreos y cacería.
26. Lesiones sufridas por el *Asegurado* al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo o su uso sea ocasional.
27. Los costos que correspondan al donador de órganos, aun cuando el *Asegurado* pague dichos costos.
28. Tratamiento médico del *Asegurado* por padecimientos resultantes a consecuencia de un *Accidente* ocurrido en estado de ebriedad, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la autoridad respectiva. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del *Asegurado*.
29. Tratamiento médico del *Asegurado* por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
30. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
31. Tratamientos, lesiones o *Accidentes* que se produzcan como consecuencia directa de padecimientos preexistentes, así como sus consecuencias y complicaciones. Entendiéndose por padecimientos preexistentes aquellos por los que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellos por los que el *Asegurado* haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
32. Tratamientos *Médicos* y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un *Accidente* cubierto.
33. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que resulten de alcoholismo o toxicomania.
34. Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como, por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.
35. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
36. *Enfermedades*, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
37. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un *Accidente* cubierto.
38. Cualquier *Evento*, *Accidente*, enfermedad, padecimiento o intervención quirúrgica que ocurran o puedan surgir en relación con la atención de padecimientos, tratamientos médicos o quirúrgicos, *Enfermedades*, lesiones, afecciones, intervenciones o *Eventos*,

que no son consecuencia directa de un **Evento** cubierto por la Póliza o que están expresamente excluidos por el Contrato, o por **Accidentes** ocurridos fuera de la vigencia de la Póliza, así como sus causas y/o complicaciones.

Operatividad

1. Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un **Siniestro** se descubre que la **Suma Asegurada** que aparece en el Certificado Individual, no concuerda con la regla para determinarla, la **Compañía Aseguradora** pagará la **Suma Asegurada** que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** por su propio derecho, o a Solicitud del **Contratante**, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el **Certificado Individual**. En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva **Suma Asegurada** desde la fecha en que se operó el cambio.

2. Cambio de Contratante

Cuando el seguro se haya contratado para otorgar una prestación laboral y haya un cambio de **Contratante**, la **Compañía Aseguradora** podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo **Contratante**. La **Compañía Aseguradora** reembolsará la prima no devengada de manera proporcional a quienes hayan contribuido a su pago.

3. Cancelación

1. A petición del **Contratante**

La Póliza o el seguro quedarán cancelados si el **Contratante** lo solicita por escrito a la **Compañía Aseguradora**. La cancelación se hará efectiva en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

La **Compañía Aseguradora** reembolsará al **Contratante** el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima pagada que no se encuentre devengada a la fecha de cancelación.

2. Automática

1. De la Póliza: Esta Póliza se cancelará automáticamente al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
2. Del seguro respecto de un **Asegurado**:
 1. Al pagarse el beneficio para el **Asegurado** en cuestión y/o al agotarse la **Suma Asegurada**.
 2. Cuando el **Asegurado** deje de formar parte de la **Colectividad Asegurada**, incluso por fallecimiento.
3. El seguro respecto del **Asegurado Titular** o de su cónyuge se cancelará en la fecha de aniversario de la Póliza inmediata posterior a la fecha en que alcancen la edad de cancelación estipulada en la Carátula de la Póliza.
4. En el caso de los **Dependientes Económicos** se cancelará adicionalmente:
 - 4.1. Al fallecimiento del **Asegurado Titular**.
 - 4.2. En la fecha de aniversario de la Póliza inmediata posterior a la fecha en que dejen de tener tal condición.

4. Límites de Edad de Admisión

Salvo Pacto en contrario:

La edad máxima de aceptación será 64 (sesenta y cuatro) años para el **Asegurado Titular** y cónyuge.

Para el caso de los **Dependientes Económicos** la edad máxima de aceptación será de 26 (veinte y seis) años, siempre y cuando continúen solteros.

La edad máxima de renovación será de 69 (sesenta y nueve) años para el **Asegurado Titular** y Cónyuge.

La edad de cancelación será de 70 (setenta) años de edad para cualquier **Asegurado**, cancelándose automáticamente la cobertura al final de la vigencia en que el **Asegurado** haya cumplido la mencionada edad.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del **Asegurado**, al momento de su inclusión en el seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos para ese **Asegurado** y la **Compañía Aseguradora** reintegrará al **Contratante** el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la prima correspondiente.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del **Asegurado** se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería de acuerdo con su edad real, la obligación de la **Compañía Aseguradora** hacia ese **Asegurado** será igual a la que con la prima pagada se hubiere podido comprar considerando la edad real.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del **Asegurado** se hubiere pagado una prima mayor, la **Compañía Aseguradora** reembolsará al **Contratante** el 65% (sesenta y cinco) de la prima pagada en exceso.

5. Movimientos de Asegurados

El **Contratante** se obliga a reportar a la **Compañía Aseguradora** los movimientos de altas, bajas y cambios a la **Suma Asegurada**, enviando dicho reporte dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes en que los citados movimientos se hayan realizado.

El reporte de altas deberá acompañarse con los **Consentimientos** de seguro respectivos dentro de los 30 (treinta) días naturales referidos. De lo contrario, el alta estará sujeta a las políticas de aceptación en vigor por parte de la **Compañía Aseguradora**.

Las primas que se generen por altas o bajas de **Asegurados** se cobrarán o devolverán a prorrata, según sea el caso, desde la fecha del movimiento hasta la fecha del próximo vencimiento de pago de primas. El ajuste de primas por movimientos podrá efectuarse aplicándose el procedimiento acordado entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante**.

6. Rehabilitación

No obstante lo mencionado en el apartado Pago de Primas, el **Contratante** podrá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al último día del periodo de gracia, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este 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 periodo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el **Contratante** solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la **Compañía 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 (cuarenta) 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 rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cobertura deberá hacerla constar la **Compañía 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.

En ningún caso la **Compañía Aseguradora** se hará responsable por el pago de los **Siniestros** que ocurran durante el Periodo comprendido entre la terminación del Periodo de gracia y el día en que se efectuó el pago a que se refiere esta cláusula.

Indemnizaciones

1. Aviso de Siniestro

Cualquier **Evento** que pueda originar una indemnización, en los términos de esta Póliza, deberá ser notificado por escrito a la **Compañía Aseguradora** dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

2. Deduciones

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

3. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

4. Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el **Siniestro** no hubiere **Beneficiarios** designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el **Asegurado** sin que exista nueva designación, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del **Asegurado**.

5. Interés por Mora

Si la **Compañía Aseguradora** no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

6. Pago

La **Compañía Aseguradora** pagará las indemnizaciones derivadas de esta Póliza al **Asegurado Titular** o a quien éste designe.

La **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización en sus oficinas, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

7. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al **Contratante** a reintegrar el pago a la **Compañía Aseguradora**.

8. Pruebas

El reclamante deberá presentar a su costa, además de las formas de declaración que la **Compañía Aseguradora** le proporcione, las pruebas de los hechos que den origen a la reclamación.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta Póliza, la **Compañía Aseguradora** tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al **Asegurado**.

La obstaculización por parte del **Contratante**, del **Asegurado** o de sus **Beneficiarios** para que se lleve a cabo, dicha comprobación liberará a la **Compañía Aseguradora** de cualquier obligación.

Documentación Requerida en Caso de Siniestro

A continuación, se detalla la documentación que se deberá presentar en las oficinas de la **Compañía Aseguradora**.

1. Fallecimiento

Deberá ser presentada por los **Beneficiarios** o sus representantes legales:

1. Acta de defunción en original o copia certificada del Registro Civil.
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada y necropsia de ley. Estos documentos serán necesarios solo en caso de **Accidente**, suicidio u homicidio.
3. Designación de **Beneficiarios** firmada por el **Asegurado**, si existiera o si lo tuviera.
4. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
5. Original y copia de la Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
6. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
7. Último recibo de nómina (en caso de que la regla de **Suma Asegurada** esté con base al sueldo).

2. Pérdidas Orgánicas

Deberá ser presentada por el **Asegurado** o su representante legal:

1. Acta de nacimiento en original y copia del **Asegurado**.
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada. Estos documentos serán necesarios solo en caso de **Accidente**, intento de suicidio u intento de homicidio.
3. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Dictamen de **Pérdida Orgánica** del IMSS, del ISSSTE o bien informe **Médico** en donde se estipulen todos los detalles que muestre las causas que originaron la **Pérdida Orgánica**.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Identificación oficial del **Asegurado**, así como una copia. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
7. Todos los estudios, así como sus interpretaciones que fueron necesarios para corroborar la **Pérdida Orgánica**.
8. Último recibo de nómina (en caso de que la regla de **Suma Asegurada** esté con base al sueldo).

3. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Deberá ser presentada por el **Asegurado** o su representante legal:

1. Anexar cualquier estudio, análisis de laboratorio y/o radiografías que estén relacionadas con el padecimiento en cuestión, así como su respectiva interpretación médica.
2. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
3. Los recibos de honorarios médicos deben cumplir los requisitos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y mencionar claramente los conceptos que amparan.
4. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
5. Identificación oficial del **Asegurado**, así como una copia. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.

6. Informe médico requisitado con claridad por el **Médico** tratante (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**). En caso de **Hospitalización** se deberá presentar copia del resumen clínico del **Hospital**.
7. Original de las facturas y recibos a nombre del **Asegurado** (facturas del **Hospital**, recibo de honorarios Médicos, facturas de farmacia, estudios realizados con **Prescripción** médica, ambulancia, gastos erogados fuera del **Hospital**, etc).

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Servicio Adicional de Pago Directo

Para que tenga validez el Servicio de Pago Directo deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Beneficio de Pago Directo

La **Compañía Aseguradora** ha celebrado un convenio para la prestación de servicios médicos con un grupo de **Hospitales** y **Médicos** en la República Mexicana, a efecto de que proporcionen atención médica a sus **Asegurados** y que estos no incurran en desembolsos por el costo total de los servicios que reciban y que se cubran conforme a las condiciones de la Póliza.

2. Hospitales y Médicos

La **Compañía Aseguradora** cuenta con una lista de **Hospitales** y **Médicos** con convenio firmado, a los cuales podrá recurrir el **Asegurado** a su elección.

Esta lista no es de uso obligatorio, se considera una guía para el **Asegurado**. La cual podrá ser una referencia para decidir libremente a quien elegir para llevar a cabo su atención médica sin que esto genere una responsabilidad para la **Compañía Aseguradora**.

Al elegir un **Médico** u **Hospital** el **Asegurado** acepta de forma manifiesta que la relación de atención médica será estrictamente entre el **Asegurado** y el **Médico** u **Hospital** de su elección.

La obligación de la **Compañía Aseguradora** se limita a cubrir los Gastos Médicos y Hospitalarios que sean procedentes de acuerdo con este contrato de seguro.

3. Costos a Cargo del Asegurado

El **Asegurado** pagará directamente al **Hospital** con convenio y a los **Médicos** con convenio los Gastos Médicos no cubiertos en los términos de la Póliza.

4. Hospital con Convenio

Hospitales que han celebrado un convenio de prestación de servicios con la **Compañía Aseguradora**.

5. Médico con Convenio

Médicos que han celebrado un convenio de prestación de servicios con la **Compañía Aseguradora**.

6. Procedimiento de Pago Directo

La **Compañía Aseguradora** pagará directamente al **Hospital** con convenio y a los **Médicos** con convenio los costos por los servicios que hayan proporcionado, a excepción de los costos a cargo del **Asegurado**.

Cobertura por Enfermedad Cerebrovascular

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Enfermedad Cerebrovascular (ECV)

Definición

La ECV es el desarrollo repentino de signos clínicos de afectación focal o global de las funciones cerebrales con síntomas que duran al menos 24 (veinticuatro) horas, que pueden llevar al individuo a la muerte, sin ninguna otra causa

aparente que una de origen vascular. No se incluyen los diagnósticos que indican ECV transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado Titular** y sea diagnosticado formalmente, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, la Enfermedad Cerebrovascular.

La cobertura sólo aplica para la primera Enfermedad Cerebrovascular en la vida del **Asegurado**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo de la Cobertura.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
3. Al pagarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
4. Cuando el **Contratante** solicite por escrito la cancelación de esta cobertura en relación a todos los **Asegurados**.

5. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, tampoco quedarán amparados por esta Póliza:

1. **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

2. Reclamaciones derivadas de hipertensión arterial.

3. Reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo, el cual podrá ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

9. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
6. Presentación del acta del ministerio público, cuando el **Evento** sea provocado por **Accidente**.
7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

10. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tienen función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura para Enfermedades Críticas

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Cáncer

Definición

Es un grupo de **Enfermedades** en las que algunas células muestran trazos de crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales), invasión (intrusión en y destrucción de los tejidos adyacentes), y en ocasiones metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo a través de la linfa o la sangre).

2. Cáncer de piel

Definición

Es un crecimiento maligno en la piel consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.

3. Cáncer In Situ

Definición

Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal pero que presenta las características histológicas de un cáncer invasivo.

4. Enfermedad Cerebrovascular (ECV)

Definición

La ECV es el desarrollo repentino de signos clínicos de afectación focal o global de las funciones cerebrales con síntomas que duran al menos 24 (veinticuatro) horas, que pueden llevar al individuo a la muerte, sin ninguna otra causa aparente que una de origen vascular. No se incluyen los diagnósticos que indican ECV transitoria, es decir con una evolución menor a 24 (veinticuatro) horas.

5. Infarto Agudo al Miocardio

Definición

Es el infarto de miocardio espontáneo relacionado con isquemia y consecuencia de un **Evento** coronario primario como puede ser erosión y/o ruptura, fisuración o disección de placa.

6. Septicemia

Definición

Enfermedad sistémica asociada con la presencia y persistencia de microorganismos patógenos o de sus toxinas en sangre.

7. Trasplante

Definición

Transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta, con objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica.

- **De Corazón**

Definición

Extracción quirúrgica del corazón de un donante y transferencia a un receptor.

- **De Córnea**

Definición

Es el procedimiento quirúrgico para reemplazar una córnea dañada con una sana del ojo de un donador.

- **De Hígado**

Definición

Es el procedimiento quirúrgico en el cual se injerta tejido hepático en el hígado enfermo.

- **De Médula Ósea**

Definición

Es el procedimiento mediante el cual una sección de la médula ósea se toma de una persona y se trasplanta a otra con el fin de reemplazar la estructura enferma o de restaurar una función orgánica.

- **De Páncreas**

Definición

Extracción quirúrgica del páncreas de un donante y su transferencia a un receptor.

- **De Pulmón**

Definición

Es la transferencia de uno o de ambos pulmones de un ser humano a otro. También se puede realizar como trasplante cardiopulmonar, es decir, la transferencia simultánea, o casi simultánea, del corazón y los pulmones de un ser humano a otro.

- **De Riñones**

Definición

Extracción quirúrgica del riñón de un donante y su transferencia a un receptor.

8. Tumor Maligno

Definición

Un tumor maligno se forma por células que son diferentes a las de un órgano sano y que tienen la posibilidad de invadir el tejido contiguo y dar siembras (metástasis) por vía sanguínea a otros órganos del cuerpo.

9. Cobertura

Definición

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado Titular** y sea diagnosticado formalmente, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, uno de los siguientes **Eventos**:

1. Infarto agudo al miocardio comprometiendo más del 30% del músculo cardíaco.
2. Enfermedad vascular cerebral.
3. Septicemia (excepto SIDA).
4. Tumor Maligno.
5. Trasplante de corazón, corazón-pulmón, hígado, páncreas, médula ósea (excepto auto trasplante), riñones y córnea.

10. Ámbito Territorial

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo de la Cobertura.

11. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito la cancelación de esta cobertura en relación a todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

12. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

13. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará:

1. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de **Cáncer In Situ**.
2. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de **Cáncer de piel**.
3. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento Médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. En reclamaciones derivadas de hipertensión arterial.
5. En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

14. Límites de Edad

Salvo Pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 3 (tres) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

15. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo, el cual podrá ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

16. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
6. Presentación del acta del ministerio público, cuando el **Evento** sea provocado por **Accidente**.
7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

17. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tienen función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Infarto Agudo al Miocardio

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Infarto Agudo al Miocardio

Definición

Es el infarto de miocardio espontáneo relacionado con isquemia y consecuencia de un **Evento** coronario primario como puede ser erosión y/o ruptura, fisuración o disección de placa.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado Titular** y sea diagnosticado formalmente, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, el Infarto Agudo al Miocardio comprometiendo más del 30% (treinta por ciento) del músculo cardíaco, en un solo **Evento**.

La cobertura sólo aplica para el primer infarto al miocardio en la vida del **Asegurado**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito la cancelación de esta cobertura en relación a todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, tampoco quedarán amparados por esta Póliza:

1. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
2. Reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

7. Límites de Edad

Salvo Pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo, el cual podrá ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** Especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

9. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
6. Presentación del acta del ministerio público, cuando el **Evento** sea provocado por **Accidente**.
7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

10. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tienen función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Cáncer

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Cáncer

Definición

Es un grupo de **Enfermedades** en las que algunas células muestran trazos de crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales), invasión (intrusión en y destrucción de los tejidos adyacentes), y en ocasiones metástasis (diseminación a otras partes del cuerpo a través de la linfa o la sangre).

2. Cáncer de piel

Definición

Es un crecimiento maligno en la piel consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.

3. Cáncer In Situ

Definición

Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal pero que presenta las características histológicas de un cáncer invasivo.

4. Tumor Maligno

Definición

Un tumor maligno se forma por células que son diferentes a las de un órgano sano y que tienen la posibilidad de invadir el tejido contiguo y dar siembras (metástasis) por vía sanguínea a otros órganos del cuerpo.

5. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado Titular** y sea diagnosticado formalmente el Tumor Maligno, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

6. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

7. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante** incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

8. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

9. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará:

1. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de **Cáncer In Situ**.
2. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de **Cáncer de piel**.
3. Cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de **Enfermedades preexistentes**, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
5. Se excluye cualquier enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico, previo a la contratación de esta Póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del periodo de cobertura.

10. Límites de Edad

Salvo Pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 3 (tres) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

11. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo, el cual podrá ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** Especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

12. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
6. Presentación del informe **Médico** detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

13. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Cáncer Masculino

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Cáncer de Próstata

Definición

Se trata de un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática.

2. Cáncer de Pulmones

Definición

Se le denomina cáncer pulmonar, cáncer broncopulmonar o carcinoma bronco génico, para identificar a cualquier tumor maligno de estirpe epitelial originado en el epitelio de revestimiento o glandular del árbol bronquial, quedando de este modo excluidos los tumores benignos, los mesenquimáticos, los pleurales, los metastásicos y otros que aunque comprometen a tejidos del tórax se propagan desde territorios vecinos.

3. Cáncer de Testículos

Definición

Tumor maligno germinal gonadal o extragonadal que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral.

4. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra al **Asegurado Titular** y sea diagnosticado formalmente el cáncer de próstata, pulmones o testículos, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

5. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

6. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes

pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de:

1. Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.
2. En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
3. **Enfermedades preexistentes**, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. Se excluye cualquier enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico, previo a la contratación de esta Póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del periodo de cobertura.

9. Límites de Edad

Salvo Pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 3 (tres) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo, el cual podrá ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** Especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

11. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.

3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

12. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Cáncer Femenino

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Cáncer de Mama

Definición

Tumor que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria. El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

2. Cáncer Cervicouterino

Definición

El cáncer cervicouterino es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar a la Asegurada Titular el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, en caso de que ocurra a la Asegurada Titular y sea diagnosticado formalmente el Cáncer de Mama o cervicouterino, dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

4. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

5. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

6. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

7. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el padecimiento sea provocado a consecuencia de:

1. Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.
2. En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
3. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. Se excluye cualquier enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico, previo a la contratación de esta Póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del periodo de cobertura.

8. Límites de Edad

Salvo Pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 3 (tres) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

9. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** que se estipula en el **Certificado Individual** respectivo, el cual podrá ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** Especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

10. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
2. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
3. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación de otros documentos o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.

6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación Internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

11. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Gastos Médicos, Hospitalarios y Odontológicos Víctima de Crimen

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Delito Penal

Definición

Para efectos de este seguro, es la comisión de una conducta que se adecue al tipo penal previsto por las leyes mexicanas que cause un daño corporal al **Asegurado**.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular**, hasta el valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura, el **Reembolso** de los Gastos Médicos, Hospitalarios y odontológicos efectuados por el **Asegurado Titular** para la atención médica que reciba para tratar las lesiones ocurridas a consecuencia de haber sufrido un **Delito Penal** que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

La atención debe realizarse bajo **Prescripción** médica. Se cubrirán los gastos erogados durante los primeros 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el **Delito Penal** cubierto.

Será necesario cubrir el **Deducible** contratado para esta cobertura y mencionado en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, para que tenga efecto esta cobertura.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al agotarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Delito Penal** sea provocado a consecuencia de:

1. Cualquier otra causa que no sea resultado de **Delito Penal**.
2. Delitos penales ocurridos antes de la inclusión del **Asegurado** en el seguro.
3. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Están también excluidos los gastos ocasionados por:

1. Cualquier gasto en caso de que sea comprobado que el tratamiento se inició después de transcurridos 30 (treinta) días naturales de la fecha de acontecimiento del **Siniestro**.
2. Estado de convalecencia (después del alta médica) y los gastos de acompañantes.
3. La reposición ni reparación de prótesis ya existentes al día en que ocurre el **Siniestro**, salvo las prótesis por la **Pérdida** de dientes naturales.
4. **Eventos** señalados en la legislación como delitos de tránsito.

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 1 (un) año de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios **Médicos**, Hospitalarios y odontológicos, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

9. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta del Ministerio Público.
2. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
3. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
4. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
5. Presentación de los resultados de los exámenes que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
6. Presentación de otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.

7. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.

10. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Incapacidad Permanente Total o Parcial por Accidente por Pérdidas Orgánicas

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Incapacidad Total Permanente

Definición

Es la **Pérdida**, reducción o impotencia funcional definitiva total de un miembro u órgano, en virtud de lesión física, siempre que tales lesiones no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

2. Incapacidad Permanente Parcial

Definición

Pérdida, reducción o impotencia funcional definitiva parcial de un miembro u órgano, en virtud de lesión física, siempre que tales lesiones no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

3. Fractura No Consolidada

Definición

Cuando después de haber transcurrido el tiempo suficiente para la unión ósea, no se ve el callo que puentea los extremos fracturados; existe movilidad anormal en el foco y radiográficamente se observa radiotransparencia en la zona de fractura. Se presenta escaso dolor, o sin dolor.

4. Pérdida

Definición

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática, así como la anquilosis, del miembro u órgano detallado en la Tabla definida en este **Endoso**, en virtud de lesión física causada por un **Accidente** cubierto en esta Póliza, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un **Médico** como Permanentes.

5. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** una indemnización acorde a los porcentajes establecidos en la Tabla que se detalla a continuación, aplicables sobre la **Suma Asegurada** contratada, siempre que al **Asegurado Titular** le ocurra una Incapacidad Permanente Total o Parcial causada directamente por un **Accidente** debidamente cubierto, mediante comprobación por un diagnóstico médico.

Los conceptos considerados como Incapacidad Permanente Total o Parcial para efectos de esta cobertura se describen en la siguiente Tabla, en donde también se estipula el porcentaje que se aplicará a la **Suma Asegurada** contratada.

Incapacidad Permanente	Tabla para el Cálculo de la Indemnización en Caso de Incapacidad Permanente	
	Concepto	% Sobre La Suma Asegurada
Total	1. Pérdida total de la visión de ambos ojos.	100%
	2. Pérdida total del uso de ambos miembros superiores.	100%
	3. Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores.	100%
	4. Pérdida total del uso de ambas manos.	100%
	5. Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior.	100%
	6. Pérdida total del uso de ambos pies.	100%
Diversas	1. Pérdida Total de la visión de un ojo.	30%
	2. Pérdida Total de la visión de un ojo, cuando el Asegurado ya no tuviera el otro ojo.	70%
	3. Sordera Total e incurable de ambos oídos.	40%
	4. Sordera Total e incurable de uno de los oídos.	20%
	5. Mudez orgánica incurable.	50%
	6. Fractura No Consolidada del maxilar inferior.	20%
	7. Inmovilidad del segmento cervical de la columna vertebral.	20%
	8. Inmovilidad del segmento torácico-lumbosacro de la columna vertebral.	25%
Parcial	1. Pérdida total del uso de uno de los miembros superiores.	70%
	2. Pérdida total del uso de una de las manos	60%
	3. Fractura No Consolidada de uno de los húmeros.	50%
	4. Fractura No Consolidada de uno de los segmentos radioulnares.	30%
	5. Anquilosis total de uno de los hombros.	25%
	6. Anquilosis total de uno de los codos.	25%
	7. Anquilosis total de uno de los puños.	20%
	8. Pérdida total del uso de uno de los pulgares, incluyendo el metacarpiano.	25%
	9. Pérdida total del uso de uno de los pulgares, excluyendo el metacarpiano.	18%
	10. Pérdida total del uso de falange superior del pulgar.	9%
	11. Pérdida total del uso de uno de los dedos índices.	15%
	12. Pérdida total del uso de uno de los dedos meñiques o uno de los dedos medios.	12%
	13. Pérdida total del uso de uno de los dedos anulares. Pérdida total del uso de cualquier falange, excluidas las del pulgar: indemnización equivalente a 1/3 del valor del dedo respectivo.	9%

Los conceptos considerados como Incapacidad Permanente Parcial para efectos de esta cobertura se detallan en la siguiente Tabla, en donde también se estipula el porcentaje que se aplicará a la **Suma Asegurada** contratada.

Incapacidad Permanente		Tabla para el Cálculo de la Indemnización en Caso de Incapacidad Permanente	
		Concepto	% Sobre La Suma Asegurada
Parcial	Miembros Superiores	1. Pérdida total del uso de uno de los miembros inferiores.	70%
		2. Pérdida total del uso de uno de los pies	50%
		3. Fractura No Consolidada de un fémur.	50%
		4. Fractura No Consolidada de uno de los segmentos tibia-peroné.	25%
		5. Fractura No Consolidada de rótula.	20%
		6. Fractura No Consolidada de un pie.	20%
		7. Anquilosis total de una de las rodillas.	20%
		8. Anquilosis total de uno de los tobillos.	20%
		9. Anquilosis total de la cadera.	20%
		10. Pérdida parcial de uno de los pies, es decir, Pérdida de todos los dedos de un mismo pie.	25%
		11. Amputación del primer dedo.	10%
		12. Amputación de cualquier otro dedo. Pérdida total del uso de cualquier falange, excluidas las del pulgar: indemnización equivalente a 1/3 del valor del dedo respectivo.	3%
		13. Acortamiento de uno de los miembros inferiores	
	1. de 5 (cinco) centímetros o más.	15%	
	2. de 4 (cuatro) centímetros.	10%	
	3. de 3 (tres) centímetros.	6%	
	4. menos de 3 (tres) centímetros: sin indemnización.		

Habiendo dos o más lesiones en un mismo miembro u órgano, la suma de los porcentajes correspondientes no podrá exceder al de la indemnización prevista para su **Pérdida** total.

La **Pérdida** de dientes y los daños estéticos no dan derecho a indemnización por esta cobertura.

El pago de la **Suma Asegurada** de incapacidad permanente parcial por **Accidente** será automática cuando ocurra el **Siniestro**, excepto para incapacidad permanente que directa o indirectamente sea consecuencia del mismo **Accidente**.

No quedando anuladas por completo las funciones del miembro u órgano lesionado, la indemnización por **Pérdida** parcial será calculada por la aplicación del porcentaje previsto en la tabla para su **Pérdida** total, del grado de reducción funcional presentado.

En la falta de indicación del porcentaje de reducción funcional presentada y siendo informado el grado de esa reducción (máximo, mediano o mínimo), la indemnización será calculada, respectivamente, con base en los porcentajes de 75% (setenta y cinco por ciento), 50% (cincuenta por ciento) y el 25% (veinticinco por ciento).

Invariablemente la indemnización por incapacidad será establecida con base a las tablas mencionadas anteriormente. Lo anterior, independientemente del nivel de ingresos del **Asegurado**, sus conocimientos, aptitudes y posición social antes y después del **Accidente**.

Las indemnizaciones previstas para Incapacidad Permanente por **Accidente** no se acumulan cuando derivan del mismo **Accidente**. Si, después de pagada una indemnización por Incapacidad Permanente Parcial por **Accidente**, se verifica la Incapacidad Permanente Total del **Asegurado** por consecuencia del mismo **Accidente**, será deducida de la indemnización a ser pagada la suma ya indemnizada.

6. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

7. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al agotarse la **Suma Asegurada** para este beneficio.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

8. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

9. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. El choque anafiláctico y sus consecuencias, aunque el tratamiento **Médico** ocurra en virtud de **Accidente** cubierto.
2. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
3. **Complicaciones** a consecuencia de la realización de exámenes médicos, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del **Accidente** cubierto.

4. Las lesiones derivadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas bajo la nomenclatura de LER – DORT – LTC, o similares que llegaran a ser aceptadas por la clase médico-científica, así como sus consecuencias post-tratamientos, incluso quirúrgicos, en cualquier tiempo.
5. Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por un **Médico** y estén relacionados con el tratamiento del **Asegurado**, por causa del **Accidente** cubierto.
6. Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de seguridad social o semejantes, como “Invalidez por **Accidente**”, en las cuales el **Evento** causante de la lesión no esté encuadrado integralmente en el concepto de **Accidente**.

10. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

11. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia del dictamen de incapacidad.
2. Copia del acta del ministerio público, si la hubiera.
3. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
4. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
5. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
6. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
7. Informe médico debidamente llenado, firmado y sellado (en su caso) por el **Médico** tratante detallando la naturaleza de la lesión y el grado definitivo de incapacidad en acuerdo con la tabla mencionada en esta Cobertura, informando siempre si el paciente se encuentra en alta médica definitiva y anexando los exámenes realizados por el **Asegurado**. El informe firmado por un **Médico** profesionalista independiente legalmente reconocido, así como los exámenes realizados, serán la base para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar el estado de incapacidad permanente total o parcial por **Accidente**.
8. Original y copia de la identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
9. Original y copia del Acta de Nacimiento.
10. Original y copia del comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

La **Compañía Aseguradora** se reservará el derecho de someter al **Asegurado** a exámenes para la comprobación de la incapacidad, y/o evaluación del nivel de la incapacidad, bajo pena de no pago de la indemnización, en caso de que el **Asegurado** se rehúse.

12. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Incapacidad Permanente Total por Accidente por Pérdidas Orgánicas

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Pérdida

Definición

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática, así como la anquilosis, del miembro u órgano detallado en la Tabla definida en este **Endoso**, en virtud de lesión física causada por un **Accidente** cubierto en esta Póliza, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un **Médico** como Permanentes. Lo anterior, independientemente del nivel de ingresos del **Asegurado**, sus conocimientos, aptitudes y posición social antes y después del **Accidente**.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** una indemnización acorde a los porcentajes establecidos en la Tabla que se detalla a continuación, aplicables sobre la **Suma Asegurada** contratada, siempre que al **Asegurado Titular** le ocurra una Incapacidad Permanente Total causada directamente por un **Accidente** debidamente cubierto, mediante comprobación por un diagnóstico médico.

Los conceptos considerados como Incapacidad Permanente Total para efectos de esta cobertura se describen en la siguiente Tabla, en donde también se estipula el porcentaje que se aplicará a la **Suma Asegurada** contratada.

Lo anterior, independientemente del nivel de ingresos del **Asegurado**, sus conocimientos, aptitudes y posición social antes y después del **Accidente**.

Incapacidad Permanente	Tabla para el Cálculo de la Indemnización en Caso de Incapacidad Permanente	% Sobre La Suma Asegurada
	Concepto	
Total	1. Pérdida total de la visión de ambos ojos.	100%
	2. Pérdida total del uso de ambos miembros superiores.	100%
	3. Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores.	100%
	4. Pérdida total del uso de ambas manos.	100%
	5. Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior.	100%
	6. Pérdida total del uso de ambos pies.	100%

Invariablemente la indemnización por incapacidad será establecida con base a esta tabla.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. Ejercicios de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de líneas regulares.
2. El choque anafiláctico y sus consecuencias, aunque el tratamiento médico ocurra en virtud de **Accidente** cubierto.
3. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
4. Complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes médicos, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del **Accidente** cubierto.
5. Las lesiones derivadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas bajo la nomenclatura de LER – DORT – LTC, o similares que llegaran a ser aceptadas por la clase médico-científica, así como sus consecuencias post-tratamientos, incluso quirúrgicos, en cualquier tiempo.
6. Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por un **Médico** y estén relacionados con el tratamiento del **Asegurado**, por causa del **Accidente** cubierto.
7. Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de seguridad social o semejantes, como “invalidez por **Accidente**”, en las cuales el **Evento** causante de la lesión no esté encuadrado integralmente en el concepto de **Accidente**.

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia del acta del ministerio público, si la hubiera.
2. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
3. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
4. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Informe médico debidamente llenado, firmado y sellado por el **Médico** tratante detallando la naturaleza de la lesión y el grado definitivo de incapacidad en acuerdo con la tabla mencionada en esta Cobertura, informando siempre si el paciente se encuentra en alta médica definitiva y anexando los exámenes realizados por el **Asegurado**. El informe firmado por un **Médico** profesional independiente legalmente reconocido, así como los exámenes realizados, serán la base para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar el estado de incapacidad permanente total por **Accidente**.
7. Original y copia del Acta de Nacimiento.
8. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
10. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

La **Compañía Aseguradora** se reservará el derecho de someter al **Asegurado** a exámenes para la comprobación de la incapacidad, y/o evaluación del nivel de la incapacidad, bajo pena de no pago de la indemnización, en caso de que el **Asegurado** se rehúse.

9. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Incapacidad Total Permanente por Accidente en Transporte Público por Pérdidas Orgánicas

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Pérdida

Definición

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática, así como la anquilosis, del miembro u órgano detallado en la Tabla definida en este **Endoso**, en virtud de lesión física causada por un **Accidente** cubierto en esta Póliza, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un **Médico** como Permanentes.

2. Transporte Público

Definición

Transporte público de **Pasajeros** con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente para transporte público, con una ruta fija.

3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** una indemnización acorde a los porcentajes establecidos en la Tabla que se detalla a continuación, aplicables sobre la **Suma Asegurada** contratada, siempre que al **Asegurado Titular** le ocurra una Incapacidad Permanente Total causada directamente por un **Accidente** debidamente cubierto en un transporte público, mediante comprobación por un diagnóstico médico.

Los conceptos considerados como Incapacidad Permanente Total para efectos de esta cobertura se describen en la siguiente Tabla, en donde también se estipula el porcentaje que se aplicará a la **Suma Asegurada** contratada.

Incapacidad Permanente	Tabla para el Cálculo de la Indemnización en Caso de Incapacidad Permanente	
	Concepto	% Sobre La Suma Asegurada
Total	1. Pérdida total de la visión de ambos ojos.	100%
	2. Pérdida total del uso de ambos miembros superiores.	100%
	3. Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores.	100%
	4. Pérdida total del uso de ambas manos.	100%
	5. Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior.	100%
	6. Pérdida total del uso de ambos pies.	100%

La **Pérdida** de dientes y los daños estéticos no dan derecho a indemnización por esta cobertura.

En la falta de indicación del porcentaje de reducción funcional presentada y siendo informado el grado de esa reducción (máximo, mediano o mínimo), la indemnización será calculada, respectivamente, con base en los porcentajes de 75% (setenta y cinco por ciento), 50% (cincuenta por ciento) y el 25% (veinticinco por ciento).

Invariablemente la indemnización por incapacidad será establecida con base a la tabla mencionada anteriormente.

Lo anterior, independientemente del nivel de ingresos del **Asegurado**, sus conocimientos, aptitudes y posición social antes y después del **Accidente**.

4. **Ámbito Territorial de la Cobertura**

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

5. **Cancelación de la Cobertura**

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

6. **Divergencias**

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

7. **Exclusiones**

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. **Ejercicios de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de líneas regulares.**
2. **El choque anafiláctico y sus consecuencias, aunque el tratamiento médico ocurra en virtud de **Accidente** cubierto.**
3. **Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
4. **Complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes médicos, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del **Accidente** cubierto.**
5. **Las lesiones derivadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con**

los mismos, así como las lesiones clasificadas bajo la nomenclatura de LER – DORT – LTC, o similares que llegaran a ser aceptadas por la clase médico-científica, así como sus consecuencias post-tratamientos, incluso quirúrgicos, en cualquier tiempo.

6. Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por un *Médico* y estén relacionados con el tratamiento del *Asegurado*, por causa del *Accidente* cubierto.
7. Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de seguridad social o semejantes, como “invalidez por *Accidente*”, en las cuales el *Evento* causante de la lesión no esté encuadrado integralmente en el concepto de *Accidente*.

8. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

9. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia del acta del ministerio público si la hubiera.
2. Comunicado de *Accidente* de trabajo cuando el caso lo exija.
3. Dictamen de *Médico* legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
4. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
5. Formato de aviso de *Siniestro* (formato proporcionado por la *Compañía Aseguradora*).
6. Informe médico debidamente llenado, firmado y sellado (en su caso) por el *Médico* tratante detallando la naturaleza de la lesión y el grado definitivo de incapacidad en acuerdo con la tabla mencionada en esta Cobertura, informando siempre si el paciente se encuentra en alta médica definitiva y anexando los exámenes realizados por el *Asegurado*. El informe firmado por un *Médico* profesionalista independiente legalmente reconocido, así como los exámenes realizados, serán la base para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar el estado de incapacidad permanente total por *Accidente*.
7. Licencia de conducir en caso de *Accidente* con vehículo manejado por el *Asegurado*.
8. Original y copia del Acta de Nacimiento.
9. Original y copia de la identificación oficial del *Asegurado*. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
10. Original y copia del comprobante de domicilio del *Asegurado* con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la *Compañía Aseguradora*, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

La *Compañía Aseguradora* se reservará el derecho de someter al *Asegurado* a exámenes para la comprobación de la incapacidad, y/o evaluación del nivel de la incapacidad, bajo pena de no pago de la indemnización, en caso de que el *Asegurado* se rehúse.

10. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Incapacidad Total Permanente por Accidente como Pasajero de un Vehículo Particular por Pérdidas Orgánicas

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Pérdida

Definición

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática, así como la anquilosis, del miembro u órgano detallado en la Tabla definida en este **Endoso**, en virtud de lesión física causada por un **Accidente** cubierto en esta Póliza, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un **Médico** como Permanentes.

2. Pasajero

Definición

Persona que viaja en un vehículo particular. El **Asegurado** puede ir en calidad de chofer o como **Pasajero** del automóvil.

3. Vehículo Particular

Definición

Medio de transporte que no está destinado al servicio público de **Pasajeros**. No entra en esta clasificación el medio de transporte público de **Pasajeros** que carece del permiso de la autoridad competente para transporte público.

4. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** una indemnización acorde a los porcentajes establecidos en la Tabla que se detalla a continuación, aplicables sobre la **Suma Asegurada** contratada, siempre que al **Asegurado Titular** le ocurra una Incapacidad Permanente Total causada directamente por un **Accidente** debidamente cubierto como **Pasajero** de un vehículo particular, mediante comprobación por un diagnóstico médico.

Los conceptos considerados como Incapacidad Permanente Total para efectos de esta cobertura se describen en la siguiente Tabla, en donde también se estipula el porcentaje que se aplicará a la **Suma Asegurada** contratada.

Incapacidad Permanente	Tabla para el Cálculo de la Indemnización en Caso de Incapacidad Permanente	% Sobre La Suma Asegurada
	Concepto	
Total	1. Pérdida total de la visión de ambos ojos.	100%
	2. Pérdida total del uso de ambos miembros superiores.	100%
	3. Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores.	100%
	4. Pérdida total del uso de ambas manos.	100%
	5. Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior.	100%
	6. Pérdida total del uso de ambos pies.	100%

La **Pérdida** de dientes y los daños estéticos no dan derecho a indemnización por esta cobertura.

En la falta de indicación del porcentaje de reducción funcional presentada y siendo informado el grado de esa reducción (máximo, mediano o mínimo), la indemnización será calculada, respectivamente, con base en los porcentajes de 75% (setenta y cinco por ciento), 50% (cincuenta por ciento) y el 25% (veinticinco por ciento).

Invariablemente la indemnización por incapacidad será establecida con base a la tabla mencionada anteriormente. Lo anterior, independientemente del nivel de ingresos del **Asegurado**, sus conocimientos, aptitudes y posición social antes y después del **Accidente**.

5. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

6. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. El choque anafiláctico y sus consecuencias, aunque el tratamiento médico ocurra en virtud de **Accidente** cubierto.
2. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. **Complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes médicos, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del *Accidente* cubierto.**
4. **Las lesiones derivadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas bajo la nomenclatura de LER – DORT – LTC, o similares que llegaran a ser aceptadas por la clase médico-científica, así como sus consecuencias post-tratamientos, incluso quirúrgicos, en cualquier tiempo.**
5. **Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por un *Médico* y estén relacionados con el tratamiento del *Asegurado*, por causa del *Accidente* cubierto.**
6. **Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de seguridad social o semejantes, como “invalidez por *Accidente*”, en las cuales el *Evento* causante de la lesión no esté encuadrado integralmente en el concepto de *Accidente*.**

9. Límites de Edad

Salvo Pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia del acta del ministerio público si la hubiera.
2. Comunicado de ***Accidente*** de trabajo cuando el caso lo exija.
3. Dictamen de ***Médico*** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
4. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
5. Formato de aviso de ***Siniestro*** (formato proporcionado por la ***Compañía Aseguradora***).
6. Informe médico debidamente llenado, firmado y sellado (en su caso) por el ***Médico*** tratante detallando la naturaleza de la lesión y el grado definitivo de incapacidad en acuerdo con la tabla mencionada en esta Cobertura, informando siempre si el paciente se encuentra en alta médica definitiva y anexando los exámenes realizados por el ***Asegurado***. El informe firmado por un ***Médico*** profesionalista independiente legalmente reconocido, así como los exámenes realizados, serán la base para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar el estado de incapacidad permanente total por ***Accidente***.
7. Licencia de conducir en caso de ***Accidente*** con vehículo manejado por el ***Asegurado***.
8. Original y copia del Acta de Nacimiento.
9. Original y copia de la identificación oficial del ***Asegurado***. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
10. Original y copia del comprobante de domicilio ***Asegurado*** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la ***Compañía Aseguradora***, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

La **Compañía Aseguradora** se reservará el derecho de someter al **Asegurado** a exámenes para la comprobación de la incapacidad, y/o evaluación del nivel de la incapacidad, bajo pena de no pago de la indemnización, en caso de que el **Asegurado** se rehúse.

11. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes Personales**. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Incapacidad Total Permanente por Accidente en Viajes en Transportes Aéreos por Pérdidas Orgánicas

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Pérdida

Definición

Por **Pérdida** se entenderá la amputación quirúrgica o traumática, así como la anquilosis, del miembro u órgano detallado en la Tabla definida en este **Endoso**, en virtud de lesión física causada por un **Accidente** cubierto en esta Póliza, siempre que tales lesiones sean diagnosticadas por un **Médico** como Permanentes.

2. Pasajero

Definición

Persona que viaja en un transporte aéreo, que no lo pilota y tampoco forma parte de la tripulación.

3. Transporte Aéreo

Definición

Transporte aéreo público de **Pasajeros** con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente para el transporte público de **Pasajeros**, con una ruta fija, con destino superior a 100 kms. (cien kilómetros) de su residencia.

4. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar al **Asegurado Titular** una indemnización acorde a los porcentajes establecidos en la Tabla que se detalla a continuación, aplicables sobre la **Suma Asegurada** contratada, siempre que al **Asegurado Titular** le ocurra una Incapacidad Permanente Total causada directamente por un **Accidente** debidamente cubierto en viaje en Transporte Aéreo, mediante comprobación por un diagnóstico médico.

Los conceptos considerados como Incapacidad Permanente Total para efectos de esta cobertura se describen en la siguiente Tabla, en donde también se estipula el porcentaje que se aplicará a la **Suma Asegurada** contratada.

Incapacidad Permanente	Tabla para el Cálculo de la Indemnización en Caso de Incapacidad Permanente	% Sobre La Suma Asegurada
	Concepto	
Total	1. Pérdida total de la visión de ambos ojos.	100%
	2. Pérdida total del uso de ambos miembros superiores.	100%
	3. Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores.	100%
	4. Pérdida total del uso de ambas manos.	100%
	5. Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior.	100%
	6. Pérdida total del uso de ambos pies.	100%

La **Pérdida** de dientes y los daños estéticos no dan derecho a indemnización por esta cobertura.

En la falta de indicación del porcentaje de reducción funcional presentada y siendo informado el grado de esa reducción (máximo, mediano o mínimo), la indemnización será calculada, respectivamente, con base en los porcentajes de 75% (setenta y cinco por ciento), 50% (cincuenta por ciento) y el 25% (veinticinco por ciento).

Invariablemente la indemnización por incapacidad será establecida con base a la tabla mencionada anteriormente. Lo anterior, independientemente del nivel de ingresos del **Asegurado**, sus conocimientos, aptitudes y posición social antes y después del **Accidente**.

5. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

6. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

- a) Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
- b) Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
- c) Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
- d) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. Ejercicios de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de líneas regulares.
2. El choque anafiláctico y sus consecuencias, aunque el tratamiento médico ocurra en virtud de **Accidente** cubierto.
3. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables

documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

4. **Complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes médicos, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del *Accidente* cubierto.**
5. **Las lesiones derivadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas bajo la nomenclatura de LER – DORT – LTC, o similares que llegaran a ser aceptadas por la clase médico-científica, así como sus consecuencias post-tratamientos, incluso quirúrgicos, en cualquier tiempo.**
6. **Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando fueran prescritos por un *Médico* y estén relacionados con el tratamiento del *Asegurado*, por causa del *Accidente* cubierto.**
7. **Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de seguridad social o semejantes, como “*invalidéz por Accidente*”, en las cuales el *Evento* causante de la lesión no esté encuadrado integralmente en el concepto de *Accidente*.**

9. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia del acta del ministerio público si la hubiera.
2. Comunicado de ***Accidente*** de trabajo cuando el caso lo exija.
3. Comprobante de que el ***Asegurado*** sufrió el ***Accidente*** dentro del avión, avalado por un funcionario autorizado de la línea aérea correspondiente, en original.
4. Dictamen de ***Médico*** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
5. Formato de aviso de ***Siniestro*** (formato proporcionado por la ***Compañía Aseguradora***).
6. Informe médico debidamente llenado, firmado y sellado (en su caso) por el ***Médico*** tratante detallando la naturaleza de la lesión y el grado definitivo de incapacidad en acuerdo con la tabla mencionada en esta Cobertura, informando siempre si el paciente se encuentra en alta médica definitiva y anexando los exámenes realizados por el ***Asegurado***. El informe firmado por un ***Médico*** profesional independiente legalmente reconocido, así como los exámenes realizados, serán la base para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar el estado de incapacidad permanente total por ***Accidente***.
7. Original y copia de la identificación oficial del ***Asegurado***. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
8. Original y copia del Acta de Nacimiento.
9. Original y copia del comprobante de domicilio del ***Asegurado*** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la ***Compañía Aseguradora***, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

La **Compañía Aseguradora** se reservará el derecho de someter al **Asegurado** a exámenes para la comprobación de la incapacidad, y/o evaluación del nivel de la incapacidad, bajo pena de no pago de la indemnización, en caso de que el **Asegurado** se rehúse.

11. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago de la indemnización estará siempre limitado al valor de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Muerte Accidental a Causa de un Crimen

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Delito Penal

Definición

Para efectos de este seguro, es la comisión de una conducta que se adecue al tipo penal previsto por las leyes mexicanas que cause un daño corporal al **Asegurado**.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura a los **Beneficiarios** designados por el **Asegurado Titular**, siempre que haya muerto el **Asegurado Titular** a consecuencia de haber sufrido un **Delito Penal** que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

La muerte del **Asegurado Titular** deberá ocurrir, máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el **Delito Penal**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca el **Delito Penal** ocurrido en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el Accidente sea provocado a consecuencia de:

1. **Cualquier otra causa que no sea resultado de Delito Penal.**
2. **Delitos Penales** ocurridos antes de la inclusión del **Asegurado** en el seguro.
3. **Eventos** señalados en la legislación como delitos de tránsito.

6. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

7. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia de Acta de Defunción.
2. Copia de Acta del Ministerio Público.
3. Copia del resultado de la autopsia.
4. Designación de **Beneficiarios** del seguro, si lo existiera o si lo tuviera.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Original y copia de la Identificación oficial de los **Beneficiarios**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
7. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

8. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes Personales**. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Muerte Accidental en Transporte Público

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Transporte Público

Definición

Transporte público de **Pasajeros** con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente para transporte público, con una ruta fija.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura a los **Beneficiarios** designados por el **Asegurado Titular**, siempre que haya muerto el **Asegurado Titular** a consecuencia de haber sufrido un **Accidente** cubierto por la Póliza en un transporte público que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

La muerte del **Asegurado Titular** deberá ocurrir, máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el **Accidente**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. **Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**
2. **Ejercicio de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de línea regular.**
3. **Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.**

6. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

7. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia de Acta de Defunción.
2. Copia de Acta del Ministerio Público.
3. Copia del resultado de la autopsia.
4. Designación de **Beneficiarios** del seguro, si existiera o si lo tuviera.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Original y copia de la Identificación oficial de los **Beneficiarios**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
7. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

8. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y contará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Muerte Accidental como Pasajero en Vehículo Particular

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Pasajero

Definición

Persona que viaja en un vehículo particular. El **Asegurado** puede ir en calidad de chofer o como **Pasajero** del automóvil.

2. Vehículo Particular

Definición

Medio de transporte que no está destinado al servicio público de **Pasajeros**. No entra en esta clasificación el medio de transporte público de **Pasajeros** que carece del permiso de la autoridad competente para transporte público.

3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura a los **Beneficiarios** designados por el **Asegurado Titular**, siempre que haya muerto el **Asegurado Titular** a consecuencia de haber sufrido un **Accidente** cubierto por la Póliza como **Pasajero** de un vehículo particular que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

La muerte del **Asegurado Titular** deberá ocurrir, máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el **Accidente**.

4. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

5. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. **Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**
2. **Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.**
3. **Variaciones o complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no sean a consecuencia de Accidente cubierto.**

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
2. Copia de Acta de Defunción.
3. Copia de Acta del Ministerio Público.
4. Copia del resultado de la autopsia.
5. Designación de **Beneficiarios** del seguro, si lo existiera o si lo tuviera.
6. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
7. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
8. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
9. Para el caso de que el **Asegurado** sea el chofer, y sólo para el pago de la indemnización relativa a éste cuando sea el responsable del **Siniestro**, licencia de conducir en caso de **Accidente** con vehículo manejado por el **Asegurado**.
10. Original y copia de la Identificación oficial de los **Beneficiarios**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
11. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

9. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Uso de Cinturón de Seguridad en Muerte Accidental como Pasajero en Vehículo Particular

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Pasajero

Definición

Persona que viaja en un vehículo particular. El **Asegurado** puede ir en calidad de chofer o como **Pasajero** del automóvil.

2. Vehículo Particular

Definición

Medio de transporte que no está destinado al servicio público de **Pasajeros**. No entra en esta clasificación el medio de transporte público de **Pasajeros** que carece del permiso de la autoridad competente para transporte público.

3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura a los **Beneficiarios** designados por el **Asegurado Titular**, siempre que éste fallezca al viajar como chofer o **Pasajero** en un vehículo particular, como consecuencia directa de un **Accidente** cubierto por la Póliza, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la **Compañía Aseguradora** pagará un 10% (diez por ciento) adicional de la **Suma Asegurada** contratada para la cobertura de Muerte Accidental, siempre y cuando el **Asegurado** hubiera estado haciendo uso adecuado del cinturón de seguridad al momento del **Accidente** que provoque el fallecimiento.

Para que el presente beneficio sea procedente es necesario que el uso y posición del cinturón de seguridad conste en las actuaciones de la averiguación previa respectiva o de autoridad competente.

4. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

5. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. **Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**

2. **Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.**
3. **Variaciones o complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no sean a consecuencia de Accidente cubierto.**

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
2. Copia de Acta de Defunción.
3. Copia de Acta del Ministerio Público.
4. Copia del resultado de la autopsia.
5. Designación de **Beneficiarios** del seguro, si existiera o si lo tuviera.
6. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
7. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
8. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
9. Para el caso de que el **Asegurado** sea el chofer, y sólo para el pago de la indemnización relativa a éste, licencia de conducir en caso de **Accidente** con vehículo manejado por el **Asegurado**.
10. Original y copia de la Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
11. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

9. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura por Muerte Accidental en Viaje en Transporte Aéreo

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Transporte Aéreo

Definición

Transporte aéreo público de **Pasajeros** con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente para el transporte público de **Pasajeros**, con una ruta fija, con destino superior a 100 kms. (cien kilómetros) de su residencia.

2. Pasajero

Definición

Persona que viaja en un transporte aéreo, que no lo pilota y tampoco forma parte de la tripulación.

3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura a los **Beneficiarios** designados por el **Asegurado Titular**, siempre que haya muerto el **Asegurado Titular** a consecuencia de haber sufrido un **Accidente** cubierto por la Póliza como **Pasajero** de un transporte aéreo que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

La muerte del **Asegurado Titular** deberá ocurrir, máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el **Accidente**.

4. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

5. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura no aplicará cuando el **Accidente** sea provocado a consecuencia de:

1. **Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**
2. **Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un Médico y estén relacionados con el tratamiento del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto.**
3. **Variaciones o complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no sean a consecuencia de Accidente cubierto.**

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Comprobante de que el **Asegurado** sufrió el **Accidente** dentro del avión, avalado por un funcionario autorizado de la línea aérea correspondiente, en original.
2. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
3. Copia de Acta de Defunción.
4. Copia de Acta del Ministerio Público.
5. Copia del resultado de la autopsia.
6. Designación de **Beneficiarios** del seguro, si existiera o si lo tuviera.
7. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
8. Original y copia de la Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
9. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, cuando sean copias, deberán estar certificados.

9. Suma Asegurada

La **Suma Asegurada** para esta cobertura será establecida en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación de la **Suma Asegurada**, la fecha del **Evento** especificado.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización Accidente y Enfermedad

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Enfermedad

Definición

Alteración en la salud del **Asegurado**, pudiendo afectar el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticada por un **Médico** profesionalista independiente legalmente autorizado para ejercer su profesión.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la renta diaria contratada para esta cobertura al **Asegurado Titular**, siempre que haya requerido **Hospitalización** a consecuencia de un **Accidente** o enfermedad que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

Será necesario cubrir el **Periodo de Carencia** contratado para esta cobertura, el cual está mencionado en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, para que tenga efecto esta cobertura.

A la presente cobertura le aplica un **Deducible** de conformidad con lo estipulado más adelante, y el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al término de vigencia de la Póliza.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Criterios de Indemnización

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de **Hospitalización** multiplicado por el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por renta diaria de internación el periodo de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de este seguro el periodo mínimo de internación son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del periodo de internación, comprobado por facturas de pago y/o declaración Hospitalaria.

Con base en la comunicación de internamiento y estando la misma debidamente caracterizada en los términos de estas Condiciones Generales y especiales, si son aplicables, la **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

1. Cuando la internación supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la **Compañía Aseguradora**, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
2. La **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al periodo en que el **Asegurado** permaneciese internado, a partir del periodo mínimo de 24 (veinticuatro) horas de internación, o a partir del último pago efectuado por la **Compañía Aseguradora**, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias establecidas en el contrato.
3. En los casos en que el periodo de internamiento no supere los 30 (treinta) días naturales, la **Compañía Aseguradora** efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.
4. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en el plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la presentación, por parte del **Asegurado**, de todos los documentos necesarios para la comprobación del **Evento**.
5. Por el mismo **Evento**, el número de pagos diarios indemnizados no pueden superar la cantidad contratada, que está definida en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, observando el límite contractual máximo indemnizable correspondiente a 360 (trescientos sesenta) días por **Evento** o serie de **Eventos**.

6. Deducible

Es el periodo de indemnización diaria por **Hospitalización** a causa de un **Accidente** o enfermedad cubiertos, señalado en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, que corresponde pagar al **Asegurado** antes de que la **Compañía Aseguradora** pague la indemnización diaria hasta el límite máximo contratado para dicha cobertura.

Para esta cobertura opera un **Deducible** en días estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**; es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente a dicho **Deducible**.

En caso de la **Hospitalización** del **Asegurado** a causa de un **Accidente** cubierto o enfermedad cubierta que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, la **Compañía Aseguradora**, una vez transcurrido el **Deducible**, pagará la Renta Diaria por **Hospitalización** contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, por el tiempo que dura la **Hospitalización** y hasta el número o Periodo máximo de rentas estipulado, siempre que la Póliza se mantenga vigente.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones de las Condiciones Generales**, la cobertura tampoco aplicará cuando la **Hospitalización** sea provocada a consecuencia de:

1. Circuncisión.
2. Cirugías y/o tratamientos experimentales.

3. Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.
4. Complicaciones derivadas de embarazo tóxico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.
5. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
6. **Enfermedades** sexualmente transmisibles; convalecencia, senilidad, reposo, tratamientos **Médicos** y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades; **Enfermedades** psiquiátricas, **Enfermedades** mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.
7. **Enfermedades**, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.
8. Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualquiera otra causa física que atente masivamente a la población.
9. Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, Spas, clínicas hidroterapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.
10. Internamiento residencial. Tratamientos y/o cirugías ambulatorias.
11. Miopía, astigmatismo o presbiopía.
12. Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up.
13. Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales, así como cirugías para cambio de sexo, gastroplastía reductiva.
14. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
15. Tratamiento odontológico, que no exija internamiento.

9. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

11. Periodo de Carencia

Será aplicable a esta cobertura un **Periodo de Carencia** de 1 (un) mes.

Durante este **Periodo de Carencia**, el **Asegurado** no tendrá derecho a cualquier indemnización, en caso de ocurrir uno de los **Eventos** especificados en el apartado de Cobertura.

El **Periodo de Carencia** será contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia del **Certificado Individual**, o de su rehabilitación, en caso de que hubiera sido suspendida la cobertura, y considerará días consecutivos e ininterrumpidos.

En caso de **Accidente** no aplica **Periodo de Carencia**.

12. Renta Diaria

El monto de la Renta Diaria para esta cobertura será establecido en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto de la Renta Diaria será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del monto de la Renta Diaria, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago del monto de la Renta Diaria estará siempre limitado al valor contratado para esta cobertura.

13. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta de defunción, en su caso.
2. Acta del Ministerio Público, en su caso.
3. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
4. Otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
5. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.
7. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
8. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, siendo copias deben ser certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la renta diaria contratada para esta cobertura al **Asegurado Titular**, siempre que haya requerido **Hospitalización** a consecuencia de un **Accidente** que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

A la presente cobertura le aplica un **Deducible** de conformidad con lo estipulado más adelante, y el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

1. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

2. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al término de vigencia de la Póliza.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

3. Criterios de Indemnización

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de **Hospitalización** multiplicado por el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por renta diaria de internación el periodo de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de este seguro el periodo mínimo de internación son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del periodo de internación, comprobado por facturas de pago y/o declaración **Hospitalaria**.

Con base en la comunicación de internamiento y estando la misma debidamente caracterizada en los términos de estas Condiciones Generales y especiales, si son aplicables, la **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

- i. Cuando la internación supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la **Compañía Aseguradora**, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
- ii. La **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al periodo en que el **Asegurado** permaneciese internado, a partir del periodo mínimo de 24 (veinticuatro) horas de internación, o a partir del último pago efectuado por la **Compañía Aseguradora**, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias establecidas en el contrato.
- iii. En los casos en que el periodo de internamiento no supere los 30 (treinta) días naturales, la **Compañía Aseguradora** efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.
- iv. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en el plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la presentación, por parte del **Asegurado**, de todos los documentos necesarios para la comprobación del **Evento**.

- v. Por el mismo **Evento**, el número de pagos diarios indemnizados no pueden superar la cantidad contratada, que está definida en la Carátula de la Póliza, observando el límite contractual máximo indemnizable correspondiente a 360 (trescientos sesenta) días por **Evento** o serie de **Eventos**.

4. Deducible

Es el periodo de indemnización diaria por **Hospitalización** a causa de un **Accidente** cubierto, señalado en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, que corresponde pagar al **Asegurado** antes de que la **Compañía Aseguradora** pague la indemnización diaria hasta el límite máximo contratado para dicha cobertura.

Para esta cobertura opera un **Deducible** en días estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**; es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente a dicho **Deducible**.

En caso de la **Hospitalización** del **Asegurado** a causa de un **Accidente** cubierto que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, la **Compañía Aseguradora**, una vez transcurrido el **Deducible**, pagará la Renta Diaria por **Hospitalización** contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, por el tiempo que dura la **Hospitalización** y hasta el número o Periodo máximo de rentas estipulado, siempre que la Póliza se mantenga vigente.

5. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

6. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando la **Hospitalización** sea provocada a consecuencia de:

1. Circuncisión.
2. Cirugías y/o tratamientos experimentales.
3. Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.
4. Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.
5. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables

documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

6. **Enfermedades** sexualmente transmisibles; convalecencia, senilidad, reposo, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades; **Enfermedades** psiquiátricas, **Enfermedades** mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.
7. **Enfermedades**, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.
8. Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualquiera otra causa física que atente masivamente a la población.
9. Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, Spas, clínicas hidroterapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.
10. Internamiento residencial. Tratamientos y/o cirugías ambulatorias.
11. Miopía, astigmatismo o presbiopía.
12. Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up.
13. Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales, así como cirugías para cambio de sexo, gastroplastía reductiva.
14. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
15. Tratamiento odontológico, que no exija internamiento.

7. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

8. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

9. Periodo de Carencia

Para esta cobertura no aplica **Periodo de Carencia**.

10. Renta Diaria

El monto de la Renta Diaria para esta cobertura será establecido en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto de la Renta Diaria será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del monto de la Renta Diaria, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago del monto de la Renta Diaria estará siempre limitado al valor contratado para esta cobertura.

11. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta de defunción, en su caso.
2. Acta del Ministerio Público, en su caso.
3. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
4. Otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
5. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
6. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico y el tratamiento propuesto y/o realizado.
7. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
8. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, siendo copias deben ser certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Crimen

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Delito Penal

Definición

Para efectos de este seguro, es la comisión de una conducta que se adecue al tipo penal previsto por las leyes mexicanas que cause un daño corporal al **Asegurado**.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la renta diaria contratada para esta cobertura al **Asegurado Titular**, siempre que haya requerido **Hospitalización** a consecuencia de un **Delito Penal** que haya sufrido el **Asegurado Titular** y ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

A la presente cobertura aplica un **Deducible** de conformidad con lo estipulado más adelante, y el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca el **Delito Penal** ocurrido en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo A que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al término de vigencia de la Póliza.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Criterios de Indemnización

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de **Hospitalización** multiplicado por el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por renta diaria de internación el periodo de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de este seguro el periodo mínimo de internación son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del periodo de internación, comprobado por facturas de pago y/o declaración hospitalaria.

Con base en la comunicación de internamiento y estando la misma debidamente caracterizada en los términos de estas Condiciones Generales y especiales, si son aplicables, la **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

1. Cuando la internación supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la **Compañía Aseguradora**, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
2. La **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al periodo en que el **Asegurado** permaneciese internado, a partir del periodo mínimo de 24 (veinticuatro) horas de internación, o a partir del último pago efectuado por la **Compañía Aseguradora**, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias establecidas en el contrato.

3. En los casos en que el periodo de internamiento no supere los 30 (treinta) días naturales, la **Compañía Aseguradora** efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.
4. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en el plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la presentación, por parte del **Asegurado**, de todos los documentos necesarios para la comprobación del **Evento**.
5. Por el mismo **Evento**, el número de pagos diarios indemnizados no pueden superar la cantidad contratada, que está definida en la Carátula de la Póliza, observando el límite contractual máximo indemnizable correspondiente a 360 (trescientos sesenta) días por **Evento** o serie de **Eventos**.

6. Deducible

Es el periodo de indemnización diaria por **Hospitalización** a causa de un **Delito Penal** cubierto, señalado en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, que corresponde pagar al **Asegurado** antes de que la **Compañía Aseguradora** pague la indemnización diaria hasta el límite máximo contratado para dicha cobertura.

Para esta cobertura opera un **Deducible** en días estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**; es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente a dicho **Deducible**.

En caso de la **Hospitalización** del **Asegurado** a causa de un **Delito Penal** cubierto que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, la **Compañía Aseguradora**, una vez transcurrido el **Deducible**, pagará la Renta Diaria por **Hospitalización** contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, por el tiempo que dura la **Hospitalización** y hasta el número o Periodo máximo de rentas estipulado, siempre que la Póliza se mantenga vigente.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando la **Hospitalización** sea provocada a consecuencia de:

1. **Cualquier otra causa que no sea resultado de Delito Penal.**
2. **Delitos Penales** ocurridos antes de la inclusión del **Asegurado** en el seguro.
3. **Eventos** señalados en la legislación como delitos de tránsito.

9. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

11. Periodo de Carencia

Para esta cobertura no aplica **Periodo de Carencia**.

12. Renta Diaria

El monto de la Renta Diaria para esta cobertura será establecido en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto de la Renta Diaria será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del monto de la Renta Diaria, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago del monto de la Renta Diaria estará siempre limitado al valor contratado para esta cobertura.

13. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta del Ministerio Público, en su caso.
2. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
3. Otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
4. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
5. Presentación del informe médicos detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico y el tratamiento propuesto y/o realizado.
6. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
7. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, siendo copias deben ser certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente Automovilístico

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Accidente Automovilístico

Definición

Accidente que sufre el **Asegurado** al viajar en un automóvil, ya sea en calidad de **Pasajero** o de chofer, originado como consecuencia de un hecho violento, súbito, externo al automóvil y ajeno a la intencionalidad del **Asegurado**.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la renta diaria contratada para esta cobertura al **Asegurado Titular**, siempre que haya requerido **Hospitalización** a consecuencia de un **Accidente** automovilístico que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

A la presente cobertura aplica un **Deducible** de conformidad con lo estipulado más adelante, y el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
2. Al término de vigencia de la Póliza.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Criterios de Indemnización

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de **Hospitalización** multiplicado por el valor de la renta diaria contratada.

Se entiende por renta diaria de internación el periodo de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de este seguro el periodo mínimo de internación son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del periodo de internación, comprobado por facturas de pago y/o declaración Hospitalaria.

Con base en la comunicación de internamiento y estando la misma debidamente caracterizada en los términos de estas Condiciones Generales y especiales, si son aplicables, la **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

1. Cuando la internación supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la **Compañía Aseguradora**, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
2. La **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al periodo en que el **Asegurado** permaneciese internado, a partir del periodo mínimo de 24 (veinticuatro) horas de internación, o a partir del último pago efectuado por la **Compañía Aseguradora**, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias establecidas en el contrato.

3. En los casos en que el periodo de internamiento no supere los 30 (treinta) días naturales, la **Compañía Aseguradora** efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.
4. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en el plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la presentación, por parte del **Asegurado**, de todos los documentos necesarios para la comprobación o aclaración del **Evento**.
5. Por el mismo **Evento**, el número de pagos diarios indemnizados no pueden superar la cantidad contratada, que está definida en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, observando el límite contractual máximo indemnizable correspondiente a 360 (trescientos sesenta) días por **Evento** o serie de **Eventos**.

6. Deducible

Es el periodo de indemnización diaria por **Hospitalización** a causa de un **Accidente** Automovilístico cubierto, señalado en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, que corresponde pagar al **Asegurado** antes de que la **Compañía Aseguradora** pague la indemnización diaria hasta el límite máximo contratado para dicha cobertura.

Para esta cobertura opera un **Deducible** en días estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**; es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente a dicho **Deducible**.

En caso de la **Hospitalización** del **Asegurado** a causa de un **Accidente** Automovilístico cubierto que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, la **Compañía Aseguradora**, una vez transcurrido el **Deducible**, pagará la Renta Diaria por **Hospitalización** contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, por el tiempo que dura la **Hospitalización** y hasta el número o Periodo máximo de rentas estipulado, siempre que la Póliza se mantenga vigente.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de **Exclusiones** de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando la **Hospitalización** sea provocada a consecuencia de:

1. **Circuncisión.**
2. **Cirugías y/o tratamientos experimentales.**
3. **Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.**
4. **Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.**

5. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
6. **Enfermedades** sexualmente transmisibles; convalecencia, senilidad, reposo, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades; **Enfermedades** psiquiátricas, **Enfermedades** mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.
7. **Enfermedades**, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.
8. Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualquiera otra causa física que atente masivamente a la población.
9. Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, Spas, clínicas hidroterapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.
10. Internamiento residencial. Tratamientos y/o cirugías ambulatorias.
11. Miopía, astigmatismo o presbiopía.
12. Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up.
13. Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales, así como cirugías para cambio de sexo, gastroplastía reductiva.
14. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
15. Tratamiento odontológico, que no exija internamiento.

9. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) año de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

11. Periodo de Carencia

Para esta cobertura no aplica **Periodo de Carencia**.

12. Renta Diaria

El monto de la Renta Diaria para esta cobertura será establecido en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto de la Renta Diaria será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del monto de la Renta Diaria, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago del monto de la Renta Diaria estará siempre limitado al valor contratado para esta cobertura.

13. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta de defunción, en su caso.
2. Acta del Ministerio Público, en su caso.
3. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
4. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
5. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
6. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
7. Licencia de conducir en caso de **Accidente** con vehículo manejado por el **Asegurado**.
8. Otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
9. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
10. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico, el número de clasificación de la enfermedad conforme al CIE (Clasificación internacional de **Enfermedades**) y el tratamiento propuesto y/o realizado.
11. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
12. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, siendo copias deben ser certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Incapacidad Temporal

Definición

La incapacidad temporal ocurre cuando existe una imposibilidad continua e ininterrumpida del **Asegurado** a ejercer su actividad profesional durante el periodo en que se encuentra bajo tratamiento médico.

2. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la renta diaria contratada al **Asegurado Titular**, siempre que haya incurrido en una Incapacidad Temporal, derivado exclusivamente por **Accidente** cubierto que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

Para tener acceso a esta cobertura será necesario que el **Asegurado Titular** permanezca en estado de Incapacidad Temporal por un Periodo mínimo 2 (dos) días naturales. A partir del tercer día iniciará la cobertura.

A la presente cobertura aplica un **Deducible** de conformidad con lo estipulado más adelante, y el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

3. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

4. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al agotarse el monto máximo de rentas especificado en la Carátula de la Póliza y/o el **Certificado Individual**.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
3. Al término de vigencia de la Póliza.
4. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
5. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

5. Criterios de Indemnización

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días durante los cuales el **Asegurado Titular** mantenga la condición de Incapacidad Temporal según la definición de esta cobertura, menos los 2 (dos) días especificados en el apartado de Cobertura, multiplicado por el valor de la renta diaria contratada.

Con base en la definición de Incapacidad Temporal y estando la misma debidamente caracterizada en los términos de estas Condiciones Generales y especiales, si son aplicables, la **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

1. Cuando la Incapacidad Temporal supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la **Compañía Aseguradora**, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
2. En los casos en que el periodo de Incapacidad Temporal no supere los 30 (treinta) días naturales, la **Compañía Aseguradora** efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.

3. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en el plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la presentación, por parte del **Asegurado**, de todos los documentos necesarios para la comprobación o aclaración del **Evento**.
4. Por el mismo **Evento**, el número de pagos diarios indemnizados no puede superar la cantidad contratada, que está definida en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, observando el límite contractual máximo indemnizable de 30 (treinta) o 90 (noventa) pagos por **Evento** o serie de **Eventos**, según la opción contratada y mencionada en el **Certificado Individual**.

6. Deducible

Es el periodo de indemnización diaria por Incapacidad Temporal a causa de un **Accidente** cubierto, señalado en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, que corresponde pagar al **Asegurado** antes de que la **Compañía Aseguradora** pague la indemnización diaria hasta el límite máximo contratado para dicha cobertura.

Para esta cobertura opera un **Deducible** en días estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**; es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente a dicho **Deducible**.

En caso de la Incapacidad Temporal del **Asegurado** a causa de un **Accidente** cubierto que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, la **Compañía Aseguradora**, una vez transcurrido el **Deducible**, pagará la Renta Diaria por Incapacidad Temporal contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, por el tiempo que dura la Incapacidad Temporal y hasta el número o Periodo máximo de rentas estipulado, siempre que la Póliza se mantenga vigente.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando la Incapacidad Temporal sea provocada a consecuencia de:

1. **Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**
2. **Cualquier tipo de hernia y sus consecuencias.**
3. **De igual forma quedan excluidas de esta cobertura, las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de asistencia social o semejantes, como “invalides accidental”, en las cuales el Evento causante de la lesión no se apegue íntegramente al concepto de Accidente.**

4. Ejercicio de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de línea regular.
5. **Enfermedades** preexistentes, entendiéndose por éstas, aquellas por las que, previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el **Asegurado** haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
6. Complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes médicos, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no deriven del **Accidente** cubierto.
7. Las lesiones ocasionadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o microtraumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como lesiones clasificadas dentro de la nomenclatura LER – DORT – LTA, o similares aceptadas por la comunidad médico-científica, así como sus consecuencias post- tratamiento, incluso quirúrgico, en cualquier momento.
8. Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un **Médico** y estén relacionados con el tratamiento del **Asegurado**, a consecuencia de un **Accidente** cubierto.
9. Padecimientos (inclusive los profesionales, también cuando son considerados **Accidentes** de trabajo por la legislación preventiva, inclusive derivados o no de micro traumas de repetición, tales como DORT - Disturbios Osteomusculares Relacionados al Trabajo, LER - Lesiones por Esfuerzos Repetitivos, Tenosinovitis, etc.), cualquiera que sean sus causas, aun las que sean provocadas, desencadenadas o agravadas por el **Accidente**.

9. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

11. Periodo de Carencia

Para esta cobertura no aplica **Periodo de Carencia**.

12. Renta Diaria

El monto de la Renta Diaria para esta cobertura será establecido en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto de la Renta Diaria será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del monto de la Renta Diaria, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago del monto de la Renta Diaria estará siempre limitado al valor contratado para esta cobertura.

13. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta de defunción, en su caso.
2. Acta del Ministerio Público, en su caso.
3. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
4. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
5. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
6. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
7. Licencia de conducir, cuando fuera necesario.
8. Otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
9. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
10. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico y el tratamiento propuesto y/o realizado.
11. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
12. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, siendo copias deben ser certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Renta Diaria por Incapacidad Temporal a Consecuencia de Crimen

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Delito Penal

Definición

Para efectos de este seguro, es la comisión de una conducta que se adecue al tipo penal previsto por las leyes mexicanas que cause un daño corporal al **Asegurado**.

2. Incapacidad Temporal

Definición

La incapacidad temporal ocurre cuando existe una imposibilidad continua e ininterrumpida del **Asegurado** a ejercer su actividad profesional durante el periodo en que se encuentra bajo tratamiento médico.

3. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar el pago de la renta diaria contratada al propio **Asegurado Titular**, siempre que haya incurrido en una Incapacidad Temporal, derivado exclusivamente por un **Delito Penal** que haya ocurrido dentro de la vigencia de esta Póliza.

En el caso de Incapacidad Temporal a consecuencia de **Delito Penal** el pago se realizará, sin estar condicionado a un periodo mínimo de estadía bajo esta condición.

A la presente cobertura aplica un **Deducible** de conformidad con lo estipulado más adelante, y el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

4. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca el **Delito Penal** ocurrido en cualquier parte del mundo.

5. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al agotarse el monto máximo de mensualidades especificado en la Carátula de la Póliza y/o el **Certificado Individual**.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
3. Al término de vigencia de la Póliza.
4. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
5. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días durante los cuales el **Asegurado Titular** mantenga la condición de Incapacidad Temporal según la definición de esta cobertura multiplicado por el valor de la renta diaria contratada.

Con base en la definición de Incapacidad Temporal y estando la misma debidamente caracterizada en los términos de estas Condiciones Generales y especiales, si son aplicables, la **Compañía Aseguradora** efectuará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

1. Cuando la Incapacidad Temporal supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la **Compañía Aseguradora**, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
2. En los casos en que el periodo de Incapacidad Temporal no supere los 30 (treinta) días naturales, la **Compañía Aseguradora** efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.
3. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en el plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la presentación, por parte del **Asegurado**, de todos los documentos necesarios para la comprobación o aclaración del **Evento**.
4. Por el mismo **Evento**, el número de pagos diarios indemnizados no puede superar la cantidad contratada, que está definida en la Carátula de la Póliza, observando el límite contractual máximo indemnizable de 30 (treinta) o 90 (noventa) pagos por **Evento** o serie de **Eventos**, según la opción contratada y mencionada en el **Certificado Individual**.

6. Deducible

Es el periodo de indemnización diaria por Incapacidad Temporal a causa de un **Delito Penal** cubierto, señalado en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, que corresponde pagar al **Asegurado** antes de que la **Compañía Aseguradora** pague la indemnización diaria hasta el límite máximo contratado para dicha cobertura.

Para esta cobertura opera un **Deducible** en días estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**; es decir, la indemnización diaria se pagará a partir del día siguiente a dicho **Deducible**.

En caso de la Incapacidad Temporal del **Asegurado** a causa de un **Delito Penal** cubierto que le ocurra durante la vigencia de la Póliza, la **Compañía Aseguradora**, una vez transcurrido el **Deducible**, pagará la Renta Diaria por Incapacidad Temporal contratada para esta cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, por el tiempo que dura la Incapacidad Temporal y hasta el número o Periodo máximo de rentas estipulado, siempre que la Póliza se mantenga vigente.

7. Divergencias

En el caso de divergencias en relación al diagnóstico del **Evento** especificado, la **Compañía Aseguradora** deberá proponer al **Asegurado**, por medio de correspondencia escrita, dentro del plazo de 15 (quince) días naturales, contados desde la fecha de la contestación, la constitución de una junta médica.

La junta médica estará constituida por 3 (tres) miembros, siendo uno nombrado por la **Compañía Aseguradora**, otro por el **Asegurado** y, un tercero, que define la situación, escogido por los dos nombrados. Cada una de las partes pagará los honorarios del **Médico** que hubiese designado; los del tercero serán pagados, en partes iguales, por el **Asegurado** y por la **Compañía Aseguradora**. En caso de que la divergencia provenga de un caso de preexistencia el procedimiento mencionado en este punto no tendrá costo para el **Asegurado**.

El plazo para la constitución de la junta médica será de, como máximo, 15 (quince) días naturales a partir de la fecha de indicación del miembro nombrado por el **Asegurado**. El laudo que emita la junta médica vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre todas las partes.

8. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, la cobertura tampoco aplicará cuando la Incapacidad Temporal sea provocada a consecuencia de:

1. **Cualquier otra causa que no sea resultado de Delito Penal.**
2. **Delitos Penales** ocurridos antes de la inclusión del **Asegurado** en el seguro.
3. **Eventos** señalados en la legislación como delitos de tránsito.

9. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) año de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

10. Médicos

Compete al **Asegurado** la libre elección de los prestadores de servicios médicos y Hospitalarios, siempre que éstos estén legalmente autorizados.

11. Periodo de Carencia

Para esta cobertura no aplica **Periodo de Carencia**.

12. Renta Diaria

El monto de la Renta Diaria para esta cobertura será establecido en la Carátula de la Póliza y constará en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto de la Renta Diaria será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del monto de la Renta Diaria, la fecha del **Evento** especificado.

En el acontecimiento simultáneo de más de un **Evento** especificado, el pago del monto de la Renta Diaria estará siempre limitado al valor contratado para esta cobertura.

13. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acta de defunción, en su caso.
2. Acta del Ministerio Público, en su caso.
3. Comunicado de **Accidente** de trabajo cuando el caso lo exija.
4. Dictamen de **Médico** legista sobre el nivel alcohólico, cuando fuera necesario.
5. Dictamen de pericia técnica, cuando fuera necesario.
6. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
7. Licencia de conducir, cuando fuera necesario.
8. Otros documentos definidos en las Condiciones Generales o exámenes, en el sentido de complementar las informaciones sobre el acontecimiento del **Evento**.
9. Presentación de los resultados de los exámenes complementarios que sirvieron como base para el diagnóstico realizado por el **Médico** tratante.
10. Presentación del informe médico detallado, identificando al **Asegurado**, la fecha de ocurrido el **Evento**, el diagnóstico y el tratamiento propuesto y/o realizado.
11. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
12. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

Todos los documentos, siendo copias deben ser certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Seguro de Desempleo

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Enfermedad

Definición

Alteración en la salud del **Asegurado**, pudiendo afectar el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticada por un **Médico** profesionalista independiente legalmente autorizado para ejercer su profesión.

2. Incapacidad Total Temporal

Definición

Para efecto de este seguro, es la **Pérdida**, reducción o impotencia funcional de un miembro u órgano del **Asegurado**, en virtud de lesión física, directamente ocasionada por un **Accidente** o enfermedad ocurrida durante la vigencia de la Póliza.

3. Periodo de Espera

Definición

Es el periodo que debe transcurrir, una vez cumplido el **Periodo de Carencia**, a partir de la fecha en que ocurra el **Evento**, para que en términos contractuales se origine el pago del Beneficio.

El Periodo de Espera se indica en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, y puede ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses.

Para la cobertura de Desempleo el Periodo de Espera iniciará a partir de la fecha estipulada en el finiquito como el último día que laboró oficialmente.

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

4. Periodo de Carencia

Definición

Periodo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del **Certificado Individual**, durante el cual el **Asegurado** no contará con cobertura. El **Periodo de Carencia** se indica en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**, y puede ser de cero, uno, dos, tres o 4 meses. Este Periodo deberá cumplirse por única vez para cada **Asegurado**, es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo certificado.

Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo que el **Asegurado** tenga la garantía de que la **Compañía Aseguradora** podrá cubrir como máximo el número de mensualidades contratadas, en caso de que el **Asegurado** pierda de manera involuntaria e injustificada su empleo (despido injustificado), una vez transcurrido el **Periodo de Carencia**, en caso de que el **Asegurado** quede desempleado, durante un Periodo superior al Periodo de Espera estipulado en la Carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**.

Si la vigencia del seguro llegara a finalizar antes de que se agote el número de mensualidades contratadas por la **Compañía Aseguradora** y el **Asegurado** continuara desempleado, la **Compañía Aseguradora** continuará efectuando los pagos.

Se entiende por Despido Injustificado, el desempleo del **Asegurado** originado por la acción del patrón de dar por terminada la relación laboral, sin que medie una causa justificada para hacerlo, en términos del Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

Se entiende por Empresa la persona física o moral que, en su carácter de patrón, tiene celebrado un contrato de trabajo por tiempo indeterminado con las características antes mencionadas con el **Asegurado**.

El **Asegurado** quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades según corresponda:

1. Desempleo Involuntario

Elegibilidad: Sólo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario, las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

Si una vez superado el **Periodo de Carencia** de Desempleo Involuntario especificado en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, el **Asegurado** queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un Periodo que exceda el Periodo de Espera especificado en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, entonces la **Compañía Aseguradora** cubrirá al **Contratante** los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la Carátula de la Póliza y/o **Certificado Individual** que se venzan después de transcurrido el Periodo de Espera mientras el **Asegurado** permanezca desempleado. La responsabilidad de la **Compañía Aseguradora** por Periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el **Asegurado** permanezca desempleado involuntariamente.

2. Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad

Elegibilidad: Sólo son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por **Accidente** y/o Enfermedad las personas que al momento de la contratación de la Póliza sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso.

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 **Compañía Aseguradora** cubrirá al **Asegurado** los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual** que se venzan después de transcurrido el **Periodo de Carencia**, mientras el **Asegurado** permanezca desempleado. La responsabilidad de la **Compañía Aseguradora** por Periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el **Asegurado** permanezca desempleado involuntariamente.

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 Carencia** especificado en la Carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

En los casos de Invalidez Total Temporal por **Accidente** el pago se realizará de forma inmediata, no aplicaran los Periodos de Carencia y Espera.

1. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en la República Mexicana.

2. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al agotarse el monto máximo de mensualidades especificado en la Carátula de la Póliza y/o el **Certificado Individual**.
2. Al cubrirse dos **Eventos** para el mismo **Asegurado** en la misma vigencia.
3. Al término de vigencia de la Póliza.
4. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
5. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
6. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

3. Deducciones

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

4. Exclusiones

Desempleo Involuntario

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, esta cobertura no pagará indemnización alguna con respecto a cualquier Periodo de desempleo involuntario que resulte de:

1. Condiciones mentales del **Asegurado**.
2. Cuando el **Asegurado** haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área de trabajo del **Asegurado**.
3. Desempleo involuntario del **Asegurado** que se inicie dentro del Periodo de espera especificado en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.
4. El fallecimiento del **Asegurado**.
5. 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.
6. Jubilación, pensión o retiro anticipado del **Asegurado**.
7. Participar en paros o disputas laborales.
8. **Pérdida** de empleo del **Asegurado**, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.
9. Radiaciones Nucleares y/o Atómicas.
10. Renuncia o **Pérdida** voluntaria del trabajo del **Asegurado**, inclusive aquella derivada de la terminación de la relación laboral por mutuo **Consentimiento**.
11. **Pérdida** del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín o catástrofe nuclear.
12. Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).
13. Terminación de un contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del **Asegurado**. En caso de darse una terminación anticipada del contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del **Asegurado**, la **Compañía Aseguradora** solo cubrirá los pagos, hasta el número máximo contratado o la recuperación del empleo, que correspondan y no sobrepasen al Periodo original de dicho contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del **Asegurado**.

Desempleo por Incapacidad Total Temporal por *Accidente* y/o *Enfermedad*

Esta Póliza no pagará indemnización alguna con respecto a cualquier Periodo de desempleo involuntario que resulte de:

1. ***Accidentes* originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre *Prescripción* médica y estén relacionados con algún tratamiento del *Asegurado*.**
2. ***Accidentes* por participar en: servicio militar, actos de guerra (declarada o no), rebelión o insurrección. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el *Asegurado*.**
3. ***Accidentes* que se originen por participar en actividades como:**
 1. **Aviación privada cuando el *Asegurado* participe como tripulante, *Pasajero* o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de *Pasajeros* con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
 2. **Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el *Asegurado*.**
 3. **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
 4. **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el *Asegurado*.**
 5. **El fallecimiento del *Asegurado*.**
 6. ***Enfermedades* preexistentes, entendiéndose como tal aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del contrato de Seguro, que fueron diagnosticadas por un *Médico*.**
 7. **Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un *Accidente*.**
 8. **Lesiones o *Accidentes* originados por encontrarse en estado de ebriedad o por el uso de estimulantes, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la autoridad respectiva. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del *Asegurado*.**
 9. **Radiaciones Nucleares y/o Atómicas.**
 10. **Se excluye a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con registro federal de contribuyentes.**
 11. **Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
 12. **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*.**

5. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

6. Monto Mensual

El monto mensual y el número de mensualidades contratados para esta cobertura serán establecidos en la Carátula de la Póliza y constarán en el **Certificado Individual**.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto mensual y el número de mensualidades serán los correspondientes a los que coincidan con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del **Evento**, para efectos de la determinación del **Siniestro**, la fecha del **Evento** especificado.

Se ampararán hasta dos **Eventos** de desempleo para el mismo **Asegurado** al año, ocurridos con diferentes patrones y en donde exista una antigüedad laboral en el segundo caso de al menos 6 meses continuos e ininterrumpidos, siempre y cuando se mantenga vigente la Póliza y el **Asegurado** haya mantenido una cobertura continua e ininterrumpida durante la vigencia de la misma. Esto siempre y cuando sea contratado este beneficio adicional, de lo contrario sólo se cubrirá un caso en un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia estipulado en la Carátula de la Póliza.

7. Pago de Siniestro

El primer pago de la indemnización que proceda se realizará al cumplirse los Periodos de Espera y Carencia que se especifican en el **Certificado Individual**. Los subsecuentes se pagarán de acuerdo a la periodicidad estipulada en el **Certificado Individual**.

8. Prueba

El reclamante presentará a la **Compañía Aseguradora** todas las pruebas relacionadas con la **Pérdida** de empleo sufrida.

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

9. Requisitos

Desempleo Involuntario

En las reclamaciones de Desempleo involuntario, la **Compañía Aseguradora** solicitará, como mínimo, la información y documentación siguiente:

1. Copia del contrato de la empresa con la que laboraba el **Asegurado**.
2. Copia de identificación oficial del **Asegurado**.
3. Finiquito/liquidación, si lo existiera, o en su defecto, acompañar la documentación con la que acredite haber sido despedido.
4. Copia de la baja del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM); Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores ("INFONAVIT"); y cualesquiera otras instituciones a las cuales se haya encontrado afiliado el **Asegurado**, si existiera o si lo tuviere o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite haber sido despedido.
5. Para aquellos casos en que la causa de la baja sea separación voluntaria y el **Asegurado** no esté de acuerdo con esta resolución, el **Asegurado** podrá presentar a la **Compañía Aseguradora** copia de la demanda laboral, en la que conste el sello de recibido por la autoridad correspondiente.

En adición a esta documentación, deberá entregarse:

1. Copia de los recibos de nómina correspondientes a los seis meses inmediatos anteriores al desempleo, que deberán de haber sido emitidos por la misma Empresa. La Empresa deberá de coincidir con aquella que notifica la baja ante la Institución de Seguridad Social.

Desempleo por Incapacidad Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad

En las reclamaciones de Incapacidad Total Temporal por **Accidente** y/o Enfermedad, la **Compañía Aseguradora** solicitará, como mínimo, la información y documentación siguiente:

1. Copia de identificación oficial del **Asegurado**.
2. Copia del último comprobante de honorarios o declaración fiscal.
3. En caso de haberse atendido en el IMSS o ISSSTE, copia fiel de las incapacidades.
4. Estudios realizados con interpretación médica.
5. Informe **Médico** que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico, redactando, en caso de **Accidente**, como ocurrió el **Accidente**, así como los días de incapacidad que se van a requerir.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que forman parte de esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta Cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Ayuda para Gastos Educativos

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

Cobertura

La presente cobertura garantiza al **Asegurado Titular** que si a consecuencia directa de un **Accidente** cubierto pierde la vida dentro de los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha de ocurrido el **Siniestro**, esta cobertura pagará anualmente al cónyuge del **Asegurado** la renta para gastos educativos contratada durante un Periodo de 4 (cuatro) años, iniciando el primer pago al momento del fallecimiento del **Asegurado**, siempre y cuando tenga al menos un hijo registrado como activo en una escuela oficialmente reconocida.

El proceso de acreditación del status de los hijos que estudian deberá hacerse cada año para el cobro de la renta anual.

A partir del año en que no existan hijos registrados en activo en alguna escuela oficialmente reconocida, en ese momento se suspenderá el pago de la renta anual, dándose como finiquitada esta cobertura.

En caso de que falleciera el cónyuge, y éste muriera antes o al mismo tiempo que el **Asegurado** y no existiere designación de nuevo **Beneficiario**, el importe del seguro se pagará a la sucesión del **Asegurado**, salvo pacto en contrario o que hubiera renuncia del derecho de revocar la designación hecha.

1. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

2. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura cesará individualmente para cada **Asegurado** cuando:

1. Al agotarse la **Suma Asegurada** especificada en la Carátula de la Póliza y/o el **Certificado Individual**, y acorde a lo estipulado en el apartado de Cobertura.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**, incluso por fallecimiento.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

3. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, están excluidos de la cobertura de este Seguro:

1. **Anafilaxis y sus consecuencias, aun si el tratamiento médico ocurre en virtud de un Accidente cubierto.**
2. **Cualquier tipo de hernia y sus consecuencias.**
3. **Ejercicio de actividades a bordo de aeronaves que no sean las de línea regular.**
4. **Las lesiones ocasionadas, dependientes, predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o microtraumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como lesiones clasificadas dentro de la nomenclatura LER – DORT – LTA, o similares aceptadas por la comunidad médico-científica así como sus consecuencias post-tratamiento, incluso quirúrgico, en cualquier momento. De igual forma quedan excluidas de esta cobertura, las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de**

asistencia social o semejantes, como “invalidez accidental”, en las cuales el *Evento causante de la lesión* no se apegue íntegramente al concepto de *Accidente*.

5. Las perturbaciones e intoxicaciones alimenticias de cualquier especie, así como las intoxicaciones a consecuencia de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un *Médico* y estén relacionados con el tratamiento del *Asegurado*, a consecuencia de un *Accidente* cubierto.
6. Radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
7. Variaciones o complicaciones a consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no sean a consecuencia de un *Accidente* cubierto.

4. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

5. Renta Asegurada

El monto elegido por el *Asegurado Titular*, el cual se menciona en la Carátula de la Póliza y/o en el *Certificado Individual*, mismo que se pagará anualmente derivado de esta cobertura independientemente del número de hijos del *Asegurado Titular*. Se considera la renta para gastos de ayuda para la educación.

6. Requisitos

En caso de *Siniestro* cubierto por el presente seguro deberán ser presentados los siguientes documentos:

1. Copia de la Licencia de Conducir del *Asegurado* (en caso de *Accidente* de tránsito, y siendo el *Asegurado* el conductor al momento del *Accidente*).
2. Copia del Acta de Defunción.
3. Copia del Acta de Nacimiento y de Matrimonio del *Asegurado*.
4. Copia del Acta del Ministerio Público.
5. Copia del resultado de la autopsia.
6. Documento donde se especifique los *Beneficiarios* si existiera o si lo tuviera.
7. Documento que avale la inscripción en una escuela oficial del hijo(s).
8. Formato de aviso de *Siniestro* (formato proporcionado por la *Compañía Aseguradora*).
9. Identificación Oficial del *Asegurado* y del *Beneficiario*.

En caso de duda fundada y justificable con respecto al reconocimiento del *Siniestro*, la *Compañía Aseguradora* podrá solicitar otros documentos o aclaraciones que juzgue necesarios.

Todos los documentos, siendo copias, deben estar certificados.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de *Accidentes* Personales. Las normas que conforman esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Cobertura de Pérdida o Robo de Tarjeta de Crédito o Débito

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente, mencionarse en la Carátula de la Póliza o **Certificado Individual**.

1. Coaseguro

Definición

Porcentaje a cargo del **Asegurado** de cada **Pérdida** cubierta por esta cobertura. La **Compañía Aseguradora** cubrirá el monto de la **Pérdida** menos el Coaseguro y hasta la **Suma Asegurada** contratada, acorde a las condiciones de esta cobertura, acorde a las condiciones de la Póliza.

2. Daño

Definición

Daño económico o material derivado de los **Eventos** cubiertos por la cobertura.

3. Evento Cubierto

Definición

Es el acontecimiento futuro y de fecha incierta, previsto en esta cobertura, ocurrido durante su vigencia, no excluido capaz de acarrear obligaciones monetarias a la **Compañía Aseguradora** a favor del **Asegurado**.

4. Indemnización

Definición

El porcentaje de la **Suma Asegurada** que será pagado por la **Compañía Aseguradora** en caso de que ocurra el **Siniestro** durante la vigencia del seguro y en el Periodo de cobertura contratado.

5. Robo

Definición

Se entiende la sustracción de los bienes **Asegurados**, mediante amenaza o violencia, agresión física, empleo de narcótico o asalto a mano armada.

6. Siniestro

Definición

Es la realización de un **Evento** cubierto bajo el amparo de las coberturas contratadas, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y es capaz de generar obligaciones monetarias a la **Compañía Aseguradora**.

7. Suma Asegurada

Definición

El importe contratado para esta cobertura y definido en la Carátula de la Póliza y el **Certificado Individual**, dentro del límite máximo establecido por la **Compañía Aseguradora**.

En caso de diferencia entre estos documentos, la **Suma Asegurada** será la correspondiente a la que coincida con el pago de primas respectivo.

La **Suma Asegurada** es única y aplicará para todas las transacciones o serie de transacciones que ocurran al **Asegurado** dentro de la vigencia de la Póliza. Cuando la **Compañía Aseguradora** cubra algún **Evento**, según lo definido en el apartado de Cobertura, disminuirá la **Suma Asegurada** restante para futuros **Eventos** en la misma cantidad que sirvió para amparar el **Evento** cubierto.

Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo garantizar, excepto si se derivan de riesgos excluidos, dentro del Límite Máximo de Indemnización para esta Cobertura y de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales o Carátula de la Póliza y **Certificado Individual**, todas las transacciones irregulares ocurridas con las tarjetas de crédito o de débito del **Asegurado**.

Están cubiertos los gastos realizados de forma irregular, cuando ocurra:

1. Robo de la tarjeta de débito o tarjeta de crédito del **Asegurado** y retiros hechos por el **Asegurado** / titular de la tarjeta, bajo coacción, desde los 7 (siete) días naturales anteriores a la comunicación del hecho a la administradora de la red de la institución financiera.
2. Estarán también cubiertos los movimientos en la cuenta corriente del **Asegurado**, vía internet realizados de forma irregular, cuando ocurra el robo de la tarjeta de crédito o de débito y bajo coacción, desde los 30 (treinta) días naturales anteriores a la comunicación del hecho a la administradora de la red de la institución financiera.

El **Asegurado** está obligado a comunicar a la **Compañía Aseguradora**, dentro de las 24 horas siguientes a que lo conozca, cualquier hecho susceptible de agravar el riesgo cubierto, bajo pena de perder el derecho a la indemnización, si queda comprobado que calló de mala fe.

1. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los **Eventos** ocurridos en cualquier parte del mundo.

2. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cobertura cesará individualmente para cada **Asegurado** cuando:

1. Al agotarse la **Suma Asegurada** especificada en la Carátula de la Póliza y/o el **Certificado Individual**.
2. Al momento en que el **Asegurado** deje de estar al servicio del **Contratante**.
3. Cuando el **Contratante** solicite por escrito, la cancelación de esta cobertura para todos los **Asegurados**.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el **Asegurado** sobrepase el límite de edad de cancelación pactado para esta cobertura.

3. Exclusiones

Adicionalmente a lo estipulado en el apartado de Exclusiones de las Condiciones Generales, esta Póliza no responderá por los perjuicios que pudieran verificarse en:

1. Cajeros automáticos.

Transacciones realizadas en cajeros automáticos o vía internet cuyo acceso sea hecho por medio de Clasificación personal y número secreto, a menos que sean efectuadas bajo coacción y comprobadas a través del acta oficial levantada ante el Ministerio Público.

2. Compras Electrónicas.

Están excluidas de la cobertura de este seguro cualquier gasto por compra realizada vía internet del **Asegurado** aun cuando fueran usadas ligas (links) existentes en la página de internet del **Contratante**, inclusive no garantiza la entrega del bien adquirido.

3. **Gastos o Retiros por *Pérdida* o robo no reconocidos por el cuenta habiente y efectuadas fuera del periodo mencionado en el apartado de Cobertura, siendo responsable el *Asegurado* por todos los gastos o retiros realizados con su tarjeta por terceros.**
4. **Extravío de Tarjetas.**
Tarjetas *Pérdidas*, robadas o extraviadas mientras estuvieran bajo responsabilidad del correo, empresas de transporte o incluso, las tarjetas que no fueran distribuidas por la administradora de la tarjeta.
5. **Movimientos Vía Internet:**
Pago de cualquier gasto del mismo titular de la tarjeta, de sus adicionales o familiares, transferencia electrónica a la cuenta corriente del *Asegurado*, representantes legales o de sus familiares, o cualquier otro movimiento que el *Asegurado* esté efectuando por cuenta propia o mancomunado con terceros.
6. **Otros Riesgos Excluidos.**
Actos de hostilidad o de guerra (declarada o no), rebelión, insurrección, revolución, motín, confiscación, huelga, nacionalización, destrucción o requisición derivados de cualquier acto de autoridad de hecho o de derecho, civil o militar y, en general, todo y cualquier acto o consecuencia de esos sucesos, así como actos practicados por cualquier persona actuando por parte de, o en conjunto con cualquier organización cuyas actividades tiendan a derrumbar por la fuerza el gobierno o instigar a su caída, por la perturbación de orden político y social del país, por medio de actos de guerra revolucionaria (declarada o no), subversión y guerrillas.
Radiaciones atómicas, nucleares, químicas, biológicas y/o derivados de éstas.
7. **Tarjetas Clonadas.**
Uso de tarjetas clonadas, falta de cumplimiento del *Asegurado* en el pago de deudas de la tarjeta, actos dolosos del *Asegurado* y retiros por encima del valor límite de retiro diario de la tarjeta, conforme a lo ya previsto en su contrato con la institución del *Contratante*.

También se consideran como riesgos excluidos, en esta cobertura:

1. **Por Persona Física:**
Los daños causados por actos ilícitos dolosos o por culpa grave, equiparable al dolo, practicado por el *Asegurado* o por el representante, de uno o de otro.
2. **Por Persona Moral.**
Los daños causados por actos ilícitos dolosos o por culpa grave, equiparable al dolo, practicado por los socios controladores, sus dirigentes y administradores legales, sus *Beneficiarios* y sus respectivos representantes.

4. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

- La edad mínima de aceptación en la Cobertura es de 12 (doce) años de edad.
- La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 (sesenta y cuatro) años de edad.
- La edad máxima de renovación en la Cobertura es de 69 (sesenta y nueve) años de edad.
- La edad de cancelación de la Cobertura es de 70 (sesenta) años de edad.

5. Pérdida de Derechos

Además de los casos previstos por la ley en esta cobertura, la **Compañía Aseguradora** quedará exenta de cualquier obligación derivada de esta cobertura si:

1. El **Asegurado** agravara intencionalmente el riesgo.
2. El **Asegurado** dejara de cumplir las obligaciones convenidas en esta cobertura.
3. Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, y el **Asegurado**, para obtener un provecho ilícito, no pone en conocimiento a la **Compañía Aseguradora** de la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de las otras **Aseguradoras**, así como las sumas aseguradas.
4. El **Asegurado** que celebre nuevos contratos, ignorando la existencia de seguros anteriores, tendrá el derecho de cancelar o reducir los nuevos, a condición de que lo haga dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de los otros seguros. En caso de que dichos seguros no sean cancelados la **Compañía Aseguradora** pagará la pérdida proporcionalmente a su **Suma Asegurada**.
5. Si el **Asegurado** o su representante, hicieran declaraciones falsas, incompletas, inexactas u omitieran circunstancias importantes que puedan influir en la aceptación de la solicitud o en el valor del pago de la prima, la **Compañía Aseguradora** tendrá derecho de rescindir el contrato.
6. El **Asegurado** por cualquier medio, buscara obtener beneficios ilícitos del seguro a que se refiere esta cobertura.
7. El **Asegurado** se rehúsa a presentar cualquier documentación que sea exigida por la **Compañía Aseguradora** para la aclaración correcta del hecho ocurrido.
8. El **Siniestro** fuera debido a culpa grave o dolo del **Asegurado** y/o del **Beneficiario** del seguro, que, actuando a nombre del propio **Asegurado**, o con su conocimiento, hayan contribuido para la causa del **Siniestro**.
9. En caso de ocurrir la situación prevista en el punto 2 del apartado Cobertura, la cancelación del contrato será eficaz 30 (treinta) días naturales después de la notificación, debiendo ser restituida la diferencia de prima, calculada proporcionalmente al periodo por transcurrir.
10. En caso de que haya reclamación dolosa, bajo cualquier punto de vista o basándose en declaraciones falsas, o el empleo de cualesquier medios culposos o simulaciones para obtener indemnización indebida.
11. Habiendo fraude o tentativa de fraude, simulando un **Siniestro** o agravando intencionalmente las consecuencias de un **Siniestro**, para obtener indemnización.
12. Hubiera inobservancia o negligencia del consignatario o sus representantes en el cumplimiento de las obligaciones que tienen como propósito evitar o reducir **Pérdidas**, así como asegurar el derecho al resarcimiento de la **Compañía Aseguradora**.
13. Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no resultan de mala fe del **Asegurado**, la **Compañía Aseguradora** podrá, en la hipótesis del acontecimiento del **Siniestro**, cancelar el seguro, después del pago de la indemnización, deduciendo, del valor a ser indemnizado, la diferencia de la prima correspondiente.
14. Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no resultan de mala fe del **Asegurado**, queda a criterio de la **Compañía Aseguradora**, en la hipótesis de que haya ocurrido el **Siniestro** sin indemnización:
 1. Cancelar el seguro, después del pago de la indemnización, reteniendo, de la prima originalmente pactada, acrecentada con la diferencia correspondiente, la parcialidad calculada proporcionalmente al tiempo transcurrido.
 2. Permitir la continuidad del seguro, cobrando la diferencia de prima correspondiente o deduciéndola del valor a ser indemnizado.

15. Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no resultan de mala fe del **Asegurado**, queda a criterio de la **Compañía Aseguradora**, en la hipótesis de que no haya ocurrido el **Siniestro**:

1. Cancelar el seguro, reteniendo, de la prima originalmente pactada, la parcialidad proporcional al tiempo transcurrido.
2. Permitir la continuidad del seguro, cobrando la diferencia de prima correspondiente.

6. Requisitos

El pago de la indemnización se hará mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. En caso de **Siniestro** cubierto por esta Póliza, el **Asegurado**, se obliga a cumplir las siguientes disposiciones, bajo pena de perder el derecho a la indemnización, el **Asegurado** participará el **Siniestro** a la **Compañía Aseguradora**, tan pronto tenga conocimiento, y adoptará las medidas inmediatas para aminorar sus consecuencias. El **Asegurado** gozará de un plazo de 5 (cinco) días naturales para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o fuerza mayor debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento. De no realizarse el aviso por escrito o realizarse en fecha posterior a los 5 (cinco) días naturales contados a partir de la fecha del **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.
2. Independientemente de las medidas legales y administrativas a que está sujeto, adoptar todas las determinaciones para defensa, salvaguarda y preservación del objeto **Asegurado**, así como para aminorar las consecuencias del **Siniestro** y, también, actuar de conformidad con las instrucciones que recibiese de la **Compañía Aseguradora**.
3. La comunicación deberá ser ratificada, en un plazo de 5 (cinco) días naturales por el **Asegurado** o quien hiciera sus veces, salvo caso fortuito o fuerza mayor debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento, por carta registrada, telegrama o fax, dirigida a la **Compañía Aseguradora** y en ella deberán constar fecha, hora, lugar, bienes siniestrados, estimativo y causas probables del **Siniestro**.
4. Los **Siniestros** deberán ser notificados a la **Compañía Aseguradora**, excluidos los retiros o los movimientos financieros realizados vía internet reconocidos por el **Asegurado** que eventualmente estuvieran incluidos en los días de cobertura. Es decir, el **Contratante** informará a la **Compañía Aseguradora** como **Siniestro**, solamente la parte efectivamente no reconocida por el **Asegurado**.
5. Proporcionar los documentos básicos, abajo descritos, necesarios para la regulación y liquidación de los **Siniestros**, así como probar el acontecimiento del **Siniestro** y relatar todas las circunstancias relacionadas con tal **Evento**, facultando a la **Compañía Aseguradora** a la adopción de medidas tendientes a la plena aclaración del hecho y proporcionando la ayuda que se hiciera necesaria para tal fin.
 1. Copia de la pantalla del sistema de la administradora de tarjetas comprobando la fecha del bloqueo de la tarjeta.
 2. Copia de la última factura de la tarjeta, comprobando los gastos, uno a uno, realizados dentro de los plazos de cobertura.
 3. Copia del acta del ministerio público.
 4. Estado de cuenta bancario, comprobando el retiro o el movimiento financiero vía Internet, en cualquier caso.
 5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
 6. Informe de la institución financiera atestiguando el acontecimiento del movimiento financiero irregular en la cuenta corriente del **Asegurado** vía internet.
 7. Original y copia de la Identificación oficial del **Asegurado**. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.
 8. Original y copia del comprobante de domicilio del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.

9. La **Compañía Aseguradora** podrá exigir certificados o actas de autoridades competentes, así como el resultado de investigaciones o de procesos establecidos en virtud del hecho que produjo el **Siniestro**, sin perjuicio del pago de la indemnización en el plazo debido. Alternativamente, podrá ser solicitada copia del acta de apertura de la investigación, que pudiera haber sido establecida.
10. La liquidación del **Siniestro** cubierto por este contrato, se procesará de acuerdo con las siguientes reglas:
 1. La **Compañía Aseguradora** indemnizará el monto de los perjuicios regularmente calculados, observando el límite de responsabilidad por **Siniestro**.
 2. Las indemnizaciones debidas por este seguro serán pagaderas en moneda nacional en el plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la presentación por parte del **Asegurado** de toda la documentación básica.
 3. Posterior al análisis de los documentos básicos, la **Compañía Aseguradora** podrá, con base en duda fundada y justificable, solicitar otros documentos o informaciones complementarias que se hagan necesarios para la regulación del **Siniestro**, y el plazo de 30 (treinta) días naturales será suspendido y se reiniciará su conteo, a partir del subsecuente día hábil, a aquél en que fueran completamente atendidas las exigencias de la **Compañía Aseguradora**.
11. Los actos o medidas que la **Compañía Aseguradora** efectúe, después del **Siniestro**, no importan por sí solos, para el reconocimiento de la obligación de pagar la indemnización reclamada.
12. Queda entendido y acordado que el valor de la indemnización a que el **Asegurado** tendrá derecho, con base en las condiciones de esta Póliza, no podrá ser superior al valor del(los) interés(es) **Asegurado(s)** en el momento del **Siniestro**, independientemente de cualquier disposición que conste en esta Póliza.
13. Todos los gastos efectuados para la comprobación del **Siniestro** y documentos probatorios correrán por cuenta del **Asegurado**, salvo los directamente realizados por la **Compañía Aseguradora**.

7. Suma Asegurada

El valor de la indemnización a que el **Asegurado** tendrá derecho, con base en las condiciones de esta cobertura no podrá ser superior al valor del(los) límite(s) individual(es) de crédito o de retiro de la(s) tarjeta(s) y al límite diario para movimientos vía internet, en el momento del **Siniestro**, independientemente de cualquier disposición que forme parte de esta cobertura.

El Límite de Responsabilidad, representa la cantidad máxima por **Evento**, hasta el límite de indemnización contratado por cobertura conforme lo especificado en la presente cobertura, así como el total máximo indemnizable por esta cobertura.

1. En caso de conjugar más de una cobertura en contrataciones aisladas, será definido en las Condiciones Particulares/ Carátula de la Póliza.
2. En los casos de seguros que conjuguen más de una cobertura, serán utilizadas denominaciones distintas en las Condiciones Particulares/Carátula de la Póliza, para definir los límites de responsabilidades de la **Compañía Aseguradora** en cada cobertura y/o el valor máximo indemnizable por el contrato de seguro, en uno o más **Siniestros** o coberturas.
3. Este límite no representa, bajo ninguna hipótesis, pre-evaluación del(los) límite(s) de la(s) tarjeta(s) aprobado(s) por la institución financiera o del(los) interés(es) **Asegurado(s)**.
4. La reinstalación del límite de indemnización por cobertura contratada y del límite máximo de garantía de la Póliza solamente será considerada para **Siniestros** posteriores si, con ocasión de ésta ya hubiera sido entregada a la **Compañía Aseguradora** la respectiva solicitud y aceptada la reinstalación anterior.
5. La reinstalación del Límite Máximo de Indemnización por Cobertura Contratada es automática y sin Prima adicional.
6. Los límites de responsabilidad que se estipulen en la Carátula de la Póliza y **Certificado Individual** estarán acordes al tipo de tarjeta y al segmento al cual pertenece.
7. Todos los valores que forman parte de la Póliza serán expresados en moneda nacional.

Será necesario cubrir el coaseguro contratado para esta cobertura y mencionado en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, para que tenga efecto esta cobertura.

Esta Cobertura forma parte de las Condiciones Generales del Plan de Seguro de **Accidentes** Personales. Las normas que conforman esta Cobertura, por ser más específicas, prevalecen sobre cualesquiera de las disposiciones existentes en las Condiciones Generales que, en relación a esta cobertura, tiene función subsidiaria.

Lo no mencionado en este **Endoso** aplica de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

Servicios de Asistencia

Cada servicio funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la Carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

1. Orientación Jurídica

La orientación jurídica consiste en dar asesoría u orientación en los puntos que se describen en los incisos que a continuación se mencionan:

1. **Orientación legal telefónica:** Se proporcionará orientación legal telefónica al **Asegurado** en el ámbito civil, penal, laboral y / o familiar. Sin límite las 24 hrs. los 365 días del año.
2. **Orientación legal telefónica en materias relacionadas a:** Divorcios, pensión alimenticia, contratos de arrendamiento, compraventa, comodato, cobro de pagarés o cheques, abusos de confianza, fraude, daños en propiedad ajena, abuso sexual, lesiones, violencia intrafamiliar.
3. **Referencias de abogados penalistas:** Se proporcionará acceso a referencias de abogados especialistas, a nivel nacional en materia penal.
4. **Orientación en caso de robo en la vivienda:** En caso de robo en la vivienda, vía telefónica se proporciona al **Asegurado** orientación para realizar todos los trámites necesarios para la presentación de la denuncia ante las autoridades competentes
5. **Referencias de otras instancias legales:** Se informará sobre las diferentes instancias y autoridades competentes a las que puede acudir para exponer su situación de interés.

2. Asistencia Médica Telefónica

Los servicios de asistencia disponibles para el **Asegurado** son:

1. Reacciones adversas a medicación.
2. Efectos Secundarios.
3. Contraindicaciones.
4. Puericultura y Orientación materno-infantil.
5. Recomendaciones higiénico-dietéticas.
6. Consejo sobre drogodependencias (farmacodependencias).
7. Orientación sobre evaluación de distintos tratamientos.
8. Asistencia telefónica sobre la necesidad de consultas a especialistas.
9. Conexión con servicios de urgencia y emergencia médica.
10. Orientación en primeros auxilios.

Este servicio no tiene límite de llamadas.

3. Asistencia Funeraria

Los servicios de asistencia disponibles para el **Asegurado**, según se haya contratado son:

En caso de que el **Asegurado** fallezca en territorio mexicano, se coordinarán los siguientes servicios de Asistencia Funeraria.

1. Recolección del cadáver del lugar de fallecimiento.
2. Se realizará la gestión para recoger el cadáver del lugar de fallecimiento.
3. Traslado a la funeraria.
4. Traslado del cuerpo, hasta el lugar de inhumación o residencia habitual o sala de velación de la funeraria más cercana al domicilio del fallecido que se encuentre en la red de funerarias en convenio, de acuerdo a la selección de los familiares del **Asegurado** fallecido.

5. **Preparación estética del cuerpo:** Se coordinará y cubrirá los gastos para que se realice el embalsamamiento del cuerpo del fallecido.
6. **Ataúd estándar:** Se proporcionará el ataúd de madera o metal estándar acorde a las especificaciones necesarias para la inhumación o cremación del cadáver.
7. Realización de trámites con **Hospitales**, autoridades civiles, sanitarias, registro civil, embajadas.
8. Se coordinarán a través de un gestor todos los trámites necesarios, ante las autoridades competentes, por el fallecimiento del **Asegurado** a efectos de inhumar o cremar el cuerpo y se cubrirá el costo de éstos.
9. Sala de velación o velación en domicilio.
10. Se coordinará la velación del **Asegurado** fallecido en su domicilio particular o en la sala de velación de la funeraria más cercana al domicilio del fallecido que se encuentre en la red de funerarias en convenio, de acuerdo a la selección de los familiares del **Asegurado** fallecido.
11. Cremación del cuerpo y urna estándar o en su caso; traslado del cuerpo para su inhumación o cremación dentro de la localidad, municipio o zona conurbana.
12. Se realizarán los trámites para la obtención de la urna y el nicho con título de propiedad, donde el costo de este último será a cargo de los familiares. En caso de cremación o inhumación, se facilitará el traslado del cuerpo del **Asegurado** y fallecido al panteón, o bien proporcionará la urna estándar para el mismo. Así mismo realizará los trámites para la cremación o inhumación del cuerpo del **Asegurado** fallecido y gestionará lo necesario para cualquiera de estos dos requerimientos por el deudo o reclamante.
13. **Asistencia legal telefónica:** Se atenderá telefónicamente las consultas que formulen los familiares del **Asegurado** fallecido referente a: sucesiones, pensiones, seguros, contratos de arrendamiento, reclamaciones a terceros y cualquier asunto relacionado con el fallecimiento.

Todos los costos correspondientes a estos servicios serán pagados por la **Compañía Aseguradora**, excepto los específicamente mencionados a cargo de los familiares.

No son objeto de la cobertura a que se refiere este Programa de Asistencia, las prestaciones y hechos que, en adición a las **Exclusiones** mencionadas en las Condiciones Generales de la Póliza, se detallan a continuación:

1. **Los servicios que el Beneficiario haya contratado sin el previo Consentimiento de la Compañía Aseguradora.**
2. **Los Gastos Médicos u Hospitalarios, generados, previo al deceso del Asegurado.**

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 25 de noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0089-2016 / CONDUSEF-002367-04.

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:

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 del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al Siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Preguntar por el bienestar del Asegurado.
3. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del Siniestro.
4. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al Siniestro.
5. Recabar la declaración de cómo sucedió el Siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
6. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
7. 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 21 de mayo de 2015, con el número RESP-S0039-0472-2015 / CONDUSEF-002367-04.

Cláusula OFAC

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier Siniestro Asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

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 08 de octubre de 2014, con el número CGEN-S0039-0135-2014 / CONDUSEF-002367-04.

Aviso de Privacidad

(Fecha de Última Actualización: mayo 2016)

Chubb Seguros México S.A., en adelante Chubb con domicilio establecido en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad en cumplimiento con el principio de información establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en adelante la Ley y demás normativa relacionada.

¿Qué datos personales recabamos de usted?

Los datos personales que son tratados por Chubb, son aquellos necesarios para la relación jurídica que se entabla, como pueden ser los relativos para fines de emisión de Pólizas, análisis y/o pago de **Siniestros**, para la promoción y venta de diversos productos financieros, o bien para la contratación de servicios que requiera esta Institución. Los datos sujetos a tratamiento son siguientes: (i) nombre; (ii) sexo; (iii) estado civil; (iv) lugar y fecha de nacimiento; (v) nacionalidad; (vi) clave del RFC y CURP; (vii) números telefónicos y correo electrónico; (viii) domicilio particular; (ix) datos financieros y/o patrimoniales como estados financieros, números de cuenta bancarios, bienes inmuebles; (x) datos relacionados a su trayectoria laboral (CV); (xi) ocupación; (xii) información sobre su estado de salud y antecedentes Médicos; (xiii) datos personales de familiares como son: nombres, edad, domicilio, ocupación, residencia; así como también el nombre, domicilio, ocupación y teléfono de referencias personales.

Al firmar este aviso de privacidad, usted otorga su Consentimiento expreso para que nosotros tratemos sus datos personales incluso los sensibles, financieros y/o patrimoniales.

En caso de que usted no otorgue su Consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales (incluyendo los sensibles, financieros y/o patrimoniales), podemos vernos imposibilitados para continuar con la relación jurídica que se pretenda.

¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Chubb, podrá recabar sus datos personales ya sea de forma personal o directa por algún medio que permita su entrega directa al responsable como es por medio de nuestra página de internet o correos electrónicos, y/o de forma indirecta (a través de otros medios como fuentes de acceso público, o transferencias como puede ser por medio de Promotores, Agentes de Seguros y Fianzas o cualquier otro tercero autorizado para tal efecto).

¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?

Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades que dan origen y se consideran necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Chubb y usted:

- i. Valorar la solicitud para la emisión de Pólizas de seguros ya sea que usted la requiera con el carácter Asegurado o Contratante.
- ii. Realizar operaciones distintas a la emisión de Pólizas de seguros como lo pueden ser análisis y/o pagos de **Siniestros**.
- iii. Valorar la prestación de servicios que requiera Chubb.
- iv. Contactarlo por motivos relacionados a la relación jurídica que se establezca.
- v. Integración de expedientes de identificación.
- vi. Proporcionar información a las autoridades que nos lo soliciten y de las que Chubb esté obligada a entregar información,
- vii. Proporcionar información a auditores externos cuando la requieran para emitir sus dictámenes sobre nuestra Compañía, o a terceros proveedores de servicios de Chubb, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como Aseguradora.

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestra industria o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de Chubb o las empresas que forman parte de Chubb Group en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (iv) usos estadísticos y para medir la calidad de los servicios de Chubb; (v) organización de Eventos y (vi) la transferencia a terceras partes socios comerciales, con el propósito de que puedan contactarlo para ofrecerle servicios y productos que estén o no relacionados con los servicios que esta empresa preste.

Las finalidades antes mencionadas, no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Chubb y usted, por lo que podrá manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para estos efectos marcando la siguiente casilla:

No deseo que Chubb use mi información personal para las finalidades mencionadas en el párrafo anterior.

Nota: Si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para el tratamiento de sus datos personales con respecto a las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación jurídica con el responsable. Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o al correo electrónico datospersonales@chubb.com

¿Con quién compartimos sus datos personales?

Asimismo, le informamos que sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros podrán ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, por personas distintas a Chubb para las finalidades establecidas en el presente Aviso de Privacidad y para poder cumplir con nuestras obligaciones contractuales y/o legales frente a usted y frente a las autoridades de otros países. En ese sentido su información podrá ser compartida con:

(i) Contratistas, prestadores de servicio y asesores de Chubb con los siguientes giros: (a) empresas especializadas en investigación de antecedentes en bases de datos nacionales como internacionales, (b) auditores externos que procesan la información por cuenta de Chubb; (ii) empresas nacionales y extranjeras que sean parte de Chubb Group; (iii) autoridades en México o en el extranjero; y (iv) a cualquier otra persona autorizada por la ley o el reglamento aplicable.

Otras personas con las que podemos compartir su información y de las que se considera necesario obtener su Consentimiento son personas dedicadas a la prestación de servicios especializados en los ramos que a continuación se describen, y contratadas por Chubb para desempeñar los fines siguientes: (v) archivo de documentos; (vi) organización de Eventos.

Asimismo, si usted no marca la casilla siguiente entenderemos que usted nos otorga su Consentimiento para transferir sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros para los fines que se señalan en el párrafo anterior, es importante que conozca que este Consentimiento es revocable en cualquier momento siguiendo el procedimiento que para estos efectos está establecido más adelante.

No doy mi Consentimiento para la transferencia de mis datos personales a efecto de los fines establecidos en el párrafo anterior.

Nota: Si este aviso de privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para la transferencia de sus datos personales con respecto a las finalidades que refiere el párrafo anterior.

Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o en el correo electrónico **datospersonales@chubb.com**

De conformidad con lo establecido en la Ley, el tercero receptor asumirá las mismas obligaciones que Chubb asume en el presente Aviso de Privacidad a efecto de salvaguardar sus datos personales.

Sus derechos - ¿Cómo puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento o transferencia de sus datos personales?

Como titular de los datos personales que usted nos proporcione, usted tendrá de conformidad con la Ley y su Reglamento el derecho de **acceder** a los datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos; **rectificar** en caso de que estén incompletos o sean inexactos; **cancelar** en caso que considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente Aviso de Privacidad, estén siendo utilizados para finalidades que no hayan sido consentidos; o bien, **oponerse** al tratamiento de los datos personales que nos haya proporcionado para fines específicos.

Si usted desea realizar el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición al tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud en los términos establecidos por la Ley y su Reglamento, a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico **datospersonales@chubb.com**, o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier solicitud de ejercicio de sus derechos, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales a los que desea acceder o que desea rectificar, cancelar u oponerse y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendario siguiente a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

Usted puede utilizar los formularios que para estos efectos Chubb pone a su disposición en su página de internet **www.chubb.com/mx**

Cuando sea procedente una solicitud de acceso a la información, los datos personales se pondrán a su disposición por medios electrónicos.

¿Cómo puede revocar el Consentimiento de tratamiento de sus datos personales?

Si usted desea revocar el tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico **datospersonales@chubb.com** o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier solicitud, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales de los que desea revocar el Consentimiento y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de revocación es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de sus datos personales?

Usted tiene derecho de limitar el uso o divulgación de sus datos personales para las finalidades que no son necesarias para nuestra relación jurídica, por lo que si usted desea ejercer este derecho, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de datos personales enviando un correo electrónico a **datospersonales@chubb.com** o en nuestro domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, a fin de indicarnos dicha situación y a efecto de que se le inscriba en un listado de exclusión del cual se le otorgará una constancia electrónica o física, según nos lo solicite.

Si requiere mayor información del ejercicio de sus derechos ante Chubb, favor de enviar un correo electrónico a la dirección **datospersonales@chubb.com**

Modificaciones al Aviso de Privacidad; Legislación y Jurisdicción

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente Aviso de Privacidad, en atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios.

Las modificaciones a nuestro Aviso de Privacidad se darán a conocer a través de nuestra página de Internet **www.chubb.com/mx**, por lo que le sugerimos revisar constantemente nuestro sitio de Internet a fin de conocer cualquier cambio realizado.

Este Aviso de Privacidad se rige por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las demás leyes y reglamentos de los Estados Unidos Mexicanos. La aceptación de este Aviso de Privacidad implica una aceptación por escrito de los términos del mismo y su sometimiento expreso a los tribunales de la Ciudad de México, para cualquier controversia o reclamación derivada de este Aviso de Privacidad.

Si usted considera que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer la queja o denuncia correspondiente ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, para mayor información visite **www.ifai.org.mx**

Manifiesto que entiendo y acepto los términos de este Aviso de Privacidad, consiento que mis datos personales sensibles y financieros sean tratados conforme a los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad y consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala este Aviso de Privacidad.

Nombre:

Fecha:

Firma de conformidad: _____

Cláusula General Designación de Beneficiarios

En caso de ocurrir el Siniestro, por muerte del Asegurado, y que el mismo sea procedente, la Suma Asegurada será pagada de la siguiente forma:

1. El 100% al cónyuge o concubino(a).
2. A falta de cónyuge o concubino(a) a los hijos del Asegurado en partes iguales.
3. A falta de cónyuge o concubino(a) e hijos, a los padres del Asegurado en partes iguales.

A falta de cualquiera de las personas antes mencionadas y en caso de que el Asegurado no hubiese realizado una designación de Beneficiarios posterior a ese acto, la Suma Asegurada se pagará a su sucesión legal.

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

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 17 de marzo de 2022, con el número CGEN-S0039-0048-2022 / CONDUSEF-002367-04.

Contacto

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

Tel.: 800 223 2001