



ABA | Seguro
de Protección
de Pagos

de Chubb Seguros México, S.A.

**Paquete de Seguro de Fraude a Cuentas
Bancarias y Protección Integral**

Contenido

Sección Primera	
Disposiciones Particulares	4
Cláusula 1ª. Definiciones	4
Cláusula 2ª. Coberturas	9
Cláusula 3ª. Exclusiones	15
Cláusula 4ª. Procedimiento en Caso de Siniestro	22
Cláusula 5ª. Cancelación del Seguro	25
Cláusula 6ª. Nulidad	25
Cláusula 7ª. Límite Territorial y Residencia	25
Cláusula 8ª. Edad	26
Cláusula 9ª. Subrogación	27
Sección Segunda	
Disposiciones Generales	27
Cláusula 1ª. Prima	27
Cláusula 2ª. Rehabilitación	28
Cláusula 3ª. Vigencia del Contrato	28
Cláusula 4ª. Renovación	28
Cláusula 5ª. Competencia	29
Cláusula 6ª. Comunicaciones y Notificaciones	29
Cláusula 7ª. Moneda	29
Cláusula 8ª. Prescripción	29
Cláusula 9ª. Indemnización por Mora	30
Cláusula 10ª. Modificaciones	30
Cláusula 11ª. Medios de Contratación	30
Cláusula 12ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales	31
Cláusula 13ª. Entrega de Documentación Contractual (Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas)	31

Cláusula 14ª. Beneficiarios	32
Cláusula 15ª. Obligaciones Contratante	33
Cláusula 16ª. Registro Asegurados	33
Cláusula 17ª. Certificados Individuales	33
Cláusula 18ª. Baja Asegurados	34
Cláusula 19ª. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	34
Cláusula 20ª. Artículos Citados	34
Anexos	44
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades	45
Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación De Daños	46
Aviso de Privacidad	47

Paquete de Seguro de Fraude a Cuentas Bancarias y Protección Integral Documentación Contractual

Sección Primera Disposiciones Particulares

Cláusula Primera. Definiciones

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

Accidente: Acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, por lo tanto **no se considerará accidente a las lesiones corporales o a la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Agrupación Asegurada: Cualquier conjunto de personas de carácter heterogéneo, que estén asociadas a una institución financiera o casa comercial, mediante un contrato de financiamiento, crediticio o de ahorro.

Asalto: Delito caracterizado por violencia contra las personas, generalmente con fines de robo.

Asegurado Titular: Persona física que tiene celebrado un contrato con una Entidad Financiera o Casa Comercial, debidamente autorizadas para su funcionamiento y que, en virtud de dicho contrato, cuente con el derecho a solicitar cheques y/o tarjetas bancarias o comerciales, y que además haya dado su consentimiento para estar Asegurado a través de este contrato de seguro.

Asegurado(s) Cotitular(es): Persona(s) física(s) que aparece(n) con el carácter de Cotitulares en la cuenta del Asegurado en los registros de la Institución Bancaria, que haya dado su consentimiento expreso para tal efecto y que sean sujetos a que se les otorgue una tarjeta de crédito y/o débito.

Banda Magnética: Banda oscura presente en tarjeta de crédito o débito que puede ser leída mediante contacto físico, pasándola a través de una cabeza lectora.

Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio de la Suma Asegurada para las Coberturas de Muerte Accidental.

Bloqueo: Interrupción en el acceso a la cuenta bancaria o comercial para realizar consumos o disposiciones a través de la tarjeta de crédito, débito o cheques a consecuencia de la notificación que realice el Asegurado o algún Asegurado Adicional a la Institución Bancaria y/o Tienda Departamental.

Bolso: Accesorio de vestir cuya función principal es la de transportar un número reducido de objetos de uso personal frecuente, comúnmente provisto de cierre y asa. Se incluye dentro de esta definición lo comúnmente conocido como mochila, cartera, billetera o bolsa.

Cajero Automático: Equipo automatizado, que proporciona a los cliente un medio alterno de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Cartera: Objeto rectangular o cuadrangular, normalmente hecho de piel o un material similar, plegado por su mitad, con divisiones internas y utilizado para transportar documentos, tarjetas, billetes, etc.

Casa Comercial: Establecimiento dedicado a la venta de productos al público en general y que para efecto de su venta ofrece a sus clientes créditos los cuales podrán ser el cliente podrá disponer a través de una tarjeta.

Certificado de Seguro: Documento que emite la Compañía, en caso de tratarse de una Agrupación, a cada uno de los Asegurados Titulares, en el cual consta, entre otras cosas, las coberturas amparadas, sumas aseguradas, deducibles, exclusiones y tarjetas o cuentas aseguradas.

Cheque: Título de crédito nominativo o al portador, en cuyos términos el Asegurado da a la Institución Bancaria una orden incondicional de pagar una suma determinada de dinero con cargo a los fondos que éste mantiene en la cuenta contratada con la Institución Bancaria y que es objeto de este contrato de seguro. **No se Incluyen cheques de viajero.**

Chip: Circuito electrónico de material semiconductor, especialmente silicio, en forma de cubo minúsculo, que, combinado con otros componentes, forma un sistema integrado más complejo y realiza una función electrónica específica, en el caso de las Tarjetas de Crédito o débito este dispositivo forma parte de un mecanismo de seguridad en el procesamiento de las transacciones.

Códigos, Claves o NIPS's: Serie de datos compuestos por letras y/o números, de carácter confidencial, y establecidos entre el Asegurado, los Cotitulares, y el Banco como medio de acceso o identificación.

Compañía y/o Aseguradora: Chubb Seguros México, S.A.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro y que se encuentran previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Condiciones Particulares: Estipulaciones que pactan el Contratante y la Compañía respecto a cuestiones especiales del Contrato de Seguro y que se encuentran señaladas en la póliza de seguro.

Contratante: Es aquella persona moral o física que celebra con la Compañía el contrato de seguro, y es responsable ante la Compañía de pagar la prima correspondiente, de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro, informar las altas y bajas de los asegurados, en caso de que se trate de una agrupación, y asumir las obligaciones que deriven del mismo y de la normatividad aplicable.

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

Daño Accidental: Todo daño que provenga de un hecho súbito, imprevisible e irreversible. **No se considerará daño accidental a aquel que haya sido causado intencionalmente por el Asegurado.**

Daño Patrimonial: Afectación apreciable en dinero como consecuencia de los eventos amparados en este contrato, correspondiente únicamente al valor de la transacción cubierta. No se considerará Daño Patrimonial los importes relativos a gastos de administración, intereses u otro importe que se derive de la acción descrita en la cobertura.

Deducible:

Para la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

Número de días de hospitalización (estipulados en la carátula de la póliza) que deben de transcurrir desde el ingreso del Asegurado al Hospital antes de que la Compañía deba pagar la indemnización diaria.

Para las demás coberturas en que aplica: Es la participación económica que invariablemente quedará a cargo del Contratante, Asegurado o Beneficiario en caso de siniestro y que se establece para cada cobertura en la carátula de la

póliza. Esta obligación se podrá presentar en días de salario mínimo general vigente, (o) en porcentaje sobre la suma asegurada, o sobre un importe fijo que se establezca en la carátula de la póliza, según corresponda a cada cobertura.

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

Endoso: Documento emitido por la Compañía que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro y que se encuentra previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Evento: Hecho o serie de hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza y que hayan originado una reclamación sobre la que se haya realizado el pago de una indemnización. Constituye un solo y mismo evento, el hecho o serie de siniestros ocurridos durante el periodo de cobertura que tienen una misma y única causa.

Emisor: Entidad financiera o comercial señalada en las Condiciones Particulares, cuyos clientes de tarjetas de crédito y/o débito, cuentas de ahorro o cuentas corrientes pueden acceder al presente seguro.

Exclusiones: Son las causas, circunstancias, condiciones o hechos no cubiertos por este Contrato de Seguro y que se encuentran expresamente indicados en la póliza en caracteres destacados.

Extravío: El hecho por el cual el ASEGURADO pierde la posesión y custodia de su documento de identidad y/o Tarjeta y/o cheque del ASEGURADO, después de haber efectuado, sin éxito, todas las gestiones razonables y necesarias para encontrarla.

Fecha de inicio de Vigencia: Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor y que se encuentra señalada en la carátula de la póliza.

Fecha de Renovación: La renovación de este contrato será anual a partir de la fecha de Inicio de Vigencia del mismo y en esa fecha se ofrecerá la renovación en los términos, condiciones y a las tarifas vigentes para este Producto en la fecha de renovación respectiva.

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

Hospitalización: Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o sanatorio, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria a consecuencia de algún accidente amparado en este contrato de Seguro.

Hurto: Delito que consiste en la apropiación ilegítima de un bien mueble ajeno ya sea de manera total o parcial, con el fin de aprovecharse de él, sustrayéndolo del lugar en que se encuentra, sin emplear fuerza, violencia o intimidación en las personas.

Indemnización: Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado o beneficiario designado, en su caso, como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

Invalidez Total y Permanente: Se entenderá cualquier lesión corporal a causa directa de las lesiones que le sean infringidas por la o las personas que obliguen al Asegurado a realizar la sustracción de dinero en efectivo o intenten

robarle el dinero en efectivo, previamente retirado de un cajero automático o ventanilla bancaria, que se presente durante la vigencia del beneficio contratado y que por un periodo de seis meses continuos, le genere una incapacidad total u permanente al Asegurado, de tal manera que la remuneración económica por su trabajo se disminuya en 50% con respecto a su trabajo habitual.

Se considerará como Invalidez Total y Permanente pero sin que opere el periodo continuo de seis (6) meses, los siguientes eventos:

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

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

Se presumirá que la Invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un período de seis (6) meses a partir de la fecha en que se haya dictaminado como tal por una institución o un Médico especialista debidamente sustentada.

Las bases que la Compañía empleará para considerar que un dictamen tiene plena validez para determinar un estado de invalidez total y permanente son las siguientes:

Documentos que comprueben el estado de invalidez total y permanente, expedidos por: IMSS, ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, o en caso de que no sea derechohabiente de ninguna de las instituciones antes mencionadas, será suficiente el presentar el formato que le entregue la Compañía, llenado por el médico que lo dictaminó y anexe los documentos probatorios del estado de invalidez total y permanente.

En caso de que la Compañía determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

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

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

Límite máximo por evento: Monto o cantidad máxima fijada para cada cobertura contratada y establecida en la carátula de la Póliza y/o CERTIFICADO, por la cual la Compañía responderá e indemnizará al Asegurado en caso de la realización y procedencia de un siniestro (evento).

Log de Autorización: Bitácora de transacciones, en este caso aplicado a las operaciones procesadas con las tarjetas de crédito y o débito.

Médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser médico general, médico especialista, médico cirujano. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge del (los) Asegurados.

Padecimientos Preexistentes: Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato:

- a) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- b) El asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

Póliza: Es el testimonio del contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante y que contiene las condiciones particulares del contrato de seguro, la cual se integra por la carátula de Póliza, sus endosos y anexos.

Prima Neta: Se define como prima neta a la cantidad a cargo del Contratante antes de impuestos, derechos o recargos que sean aplicables y que estén claramente especificados en la carátula de la Póliza. El importe correspondiente a la Prima Neta vendrá en todo caso especificado también en la Carátula de la Póliza.

Robo: Delito que consiste en la apropiación ilegítima de un bien mueble ajeno ya sea de manera total o parcial, con el fin de aprovecharse de él, sustrayéndolo del lugar en que se encuentra, empleando violencia contra la persona o amenazándola con un peligro inminente para su vida o integridad física.

Suma Asegurada: Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro la cual se encuentra determinada en la póliza para cada una de las coberturas contratadas.

Secuestro: Acto por el que se priva de libertad de forma ilegal a una persona durante un tiempo determinado, y con el objetivo de conseguir un rescate u obtener cualquier tipo de rédito monetario.

Tarjeta: Todas aquellas tarjetas de crédito y/o débito emitidas por una Entidad Financiera o Casa Comercial, en las cuales el titular o adicional autorizado por el primero (siempre que en las Condiciones Particulares se estipule la posibilidad de asegurar a las tarjetas adicionales), pueden utilizar para la adquisición de bienes y/o servicios y realizar retiros en cajeros automáticos con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad.

Transferencia Electrónica de Fondos no autorizada por el Asegurado: Transferencia de fondos vía electrónica realizada por un tercero sin el consentimiento del Asegurado, mediante el uso ilícito de los Códigos, Claves y/o NIP convenidos entre la Institución Bancaria y el Asegurado en relación con el contrato que tengan celebrado. Dicha transferencia debe concretarse a través de la red mundial de comunicación conocida como Internet, desde el sitio oficial de la Institución Bancaria relacionada a la cuenta y mediante el uso de una computadora personal, siempre que

los fondos transmitidos no puedan ser recuperados por la Institución Bancaria por cualquier medio legal, de la cuenta destino a la cuenta de origen.

Uso indebido: Corresponderá al uso doloso que cualquier tercero pueda dar a la Tarjeta de Crédito o Débito o cuenta bancaria del Asegurado, en perjuicio de este último.

Utilización forzada: Acto en el cual existe algún tipo de amenaza directa sobre el ASEGURADO que pueda causarle daño físico ante el evento de negarse a hacer uso de la Tarjeta en un cajero automático.

Cláusula Segunda. Coberturas

1. Cobertura Básica

Mediante esta cobertura, la Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado los daños patrimoniales que pueda sufrir el Asegurado por alguno de los riesgos que más adelante se describen, siempre y cuando se encuentren amparados en la carátula de la póliza y se presenten dentro de la vigencia de este seguro.

El Contratante podrá contratar un o varios de los riesgos materia de este Contrato de Seguro, mediante el pago de la prima correspondiente, los cuales quedarán expresamente determinados en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual.

1.1. Uso Indebido de Tarjeta por Robo o Asalto

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO **por el uso indebido o fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales de los Asegurados Adicionales, en un establecimiento comercial o en cajeros automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de Robo o Asalto. El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza. La cobertura incluye las pérdidas que el Asegurado sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al aviso que éste dé a la Institución Bancaria para el bloqueo de la cuenta y/o tarjeta afectada.**

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo **salvo se especifique lo contrario en las condiciones particulares de la Póliza.**

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

1.2. Uso Indebido de Tarjeta por Hurto o Extravío

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO **por el uso indebido o fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales de los Asegurados Adicionales, en un establecimiento comercial o en cajeros automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de Hurto o Extravío de la(s) Tarjeta(s). El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza. La cobertura incluye las pérdidas que el Asegurado sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al aviso que éste dé a la Institución Bancaria para el bloqueo de la cuenta y/o tarjeta afectada.**

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

Se cubrirán transacciones realizadas en todo el mundo **salvo se especifique lo contrario en las condiciones especiales de la Póliza.**

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

1.3. Falsificación y/o Adulteración Física de la Tarjeta y/o Impresión Múltiple de Vouchers

Esta cobertura tiene 3 tipos de variedades según se describe a continuación:

- **Falsificación y/o Adulteración del Plástico**

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO por el uso indebido o fraudulento de sus Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales de los Asegurados Adicionales, a consecuencia de falsificación y/o adulteración del plástico por parte de un tercero.

Para los efectos de la presente cobertura, **se entenderá por Falsificación del plástico cuando un tercero realice una confección física de una Tarjeta que ha sido estampada en relieve o impreso, y por Adulteración del plástico cuando un tercero modifique sin el consentimiento del ASEGURADO una Tarjeta emitida válidamente.**

- **Falsificación y/o Adulteración de la Banda Magnética y/o Chip**

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO por el uso indebido o fraudulento de su(s) Tarjeta(s) y/o las Tarjetas adicionales de los Asegurados Adicionales, **a través de medios de autorización y/o captura electrónica, tales como P.O.S. (Point of Sale) o cajeros automáticos, a consecuencia de la falsificación, adulteración y/o copia de la banda magnética y/o chip por parte de un tercero.**

- **Impresión Múltiple de Vouchers**

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO en el evento que **por concepto de una misma transacción efectuada** por el ASEGURADO o los Asegurados Adicionales con su(s) Tarjeta(s), **un tercero proceda a la impresión múltiple de vouchers utilizando la máquina imprinter o P.O.S. (Point of Sale) efectuadas en un determinado local, sin que el (los) Asegurado (s) se percate (n) de ello, y que producto de la venta de los mismos vouchers se realicen transacciones fraudulentas en el mismo o en diferentes locales a nivel nacional y/o internacional.**

En los supuestos señalados en el punto 1.3 el seguro cubrirá las pérdidas ocurridas desde la fecha de la primera transacción fraudulenta hasta 60 (sesenta) días naturales siguientes y/o hasta la fecha de vencimiento del Estado de Cuenta que refleje los cargos indebidos, lo que ocurra primero.

El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para cada una de estas coberturas se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

1.4. Transferencias Electrónicas de Fondos No Reversible No Autorizadas por el Asegurado a través del Sitio de Internet de la Institución Bancaria para Transferencias Electrónicas

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO **por transferencias electrónicas de fondos no reversibles no autorizadas por el éste a través del sitio de internet de la Institución Bancaria. El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza. La cobertura incluye las pérdidas que el Asegurado sufra dentro de las 72 (setenta y dos) horas previas al aviso que éste dé a la Institución Bancaria para el bloqueo de la cuenta asegurada.**

Esta cobertura única y exclusivamente (i) aplicará para cuentas aperturadas en la Institución Bancaria para Transferencias Electrónicas; y (ii) regirá para Transferencias Electrónicas de Fondos no reversible no autorizadas por el Asegurado, y está limitada al número de Eventos e importes (Suma Asegurada) señalados en la carátula de la Póliza.

Para hacer efectiva esta cobertura, el Asegurado dispone de un máximo de 60 (sesenta) días naturales, contados a partir de la fecha de corte mensual de la cuenta respectiva de la que es TITULAR, en donde aparezca la(s) transacción(es) no autorizada(s).

El Asegurado deberá comprobar fehacientemente la no autorización de la operación mediante una denuncia presentada ante el Ministerio Público, autorizando a la COMPAÑÍA a solicitar todo tipo de evidencia para comprobar dicha operación. Asimismo, el Asegurado se compromete a proporcionar los elementos que le sean solicitados por las autoridades que intervengan en la atención de la denuncia con la finalidad de integrar debidamente la Averiguación Previa.

1.5. Compras Fraudulentas por Internet o por Teléfono

La Compañía se obliga a pagar el daño patrimonial que sufra el ASEGURADO por compras efectuadas vía Internet o vía telefónica mediante el uso indebido, por parte de un tercero, de la(s) Tarjeta(s) del ASEGURADO y/o las Tarjetas adicionales emitidas a favor de los Asegurados titulares.

El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza. La cobertura incluye las pérdidas que el Asegurado sufra dentro de las 60 (sesenta) días previas al aviso que éste dé a la Institución Bancaria para el bloqueo de la cuenta asegurada.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

No se aceptarán reclamos respecto de transacciones efectuadas con posterioridad al Aviso de Bloqueo de la Tarjeta.

1.6. Robo de Efectivo por Retiro en Cajero Automático y/o Ventanilla

- **Robo de la disposición de efectivo realizada a través de Tarjeta de Débito y/o Crédito**

La Compañía indemnizará al Asegurado el Daño Patrimonial que éste sufra en caso de que sea víctima directa de robo del efectivo que haya dispuesto en un cajero automático o ventanilla de la sucursal utilizando su Tarjeta de Débito y/o Crédito y si ese evento ocurre dentro de la temporalidad que se estipule en la Carátula de la Póliza, en el entendido que no podrá ser superior a las 8 (ocho) horas siguientes al momento de haber efectuado el retiro de efectivo.

- **Utilización forzada por terceros de Tarjeta de Débito y/o Crédito**

La Compañía indemnizará al Asegurado el Daño Patrimonial que éste sufra si directamente es obligado a realizar una disposición de efectivo en un cajero automático utilizando su Tarjeta de Débito y/o Crédito. La Compañía responderá solamente por el monto cuantificable en dinero resultado de la o las disposiciones que el Asegurado haya hecho

en un cajero automático, a partir de la primera disposición y si ese evento ocurre dentro de la temporalidad que se estipule en la Carátula de la Póliza, en el entendido que no podrá ser superior a las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento de haber efectuado el retiro de efectivo.

Para ambas coberturas, **el límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza.**

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

1.7. Uso Indevido de Cheques Producto de Robo o Asalto, Hurto o Extravío

En el evento que el ASEGURADO reporte pérdidas de dinero por la utilización de uno o más cheques, como consecuencia de robo, asalto, hurto o extravío la COMPAÑÍA se obliga a indemnizar los montos cobrados de manera fraudulenta durante las 72 (setenta y dos) horas previas a la hora de reporte a la Entidad Financiera.

El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

1.8. Robo o Asalto de Productos Adquiridos con la Tarjeta Asegurada

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO el importe de los productos previamente adquiridos con la Tarjeta asegurada que hayan sido objeto de robo o asalto y si ese evento ocurre dentro de la temporalidad que se estipule en la Carátula de la Póliza, en el entendido que no podrá ser superior a los 90 (noventa) días siguientes al momento de la compra, siempre que el robo o asalto se haya producido dentro del territorio nacional.

El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

1.9. Daño Accidental de Productos Adquiridos con la Tarjeta de Crédito y/o Débito Asegurada

La COMPAÑÍA cubrirá;

El daño material accidental que sufran los bienes asegurados, siempre y cuando el evento ocurra dentro de la temporalidad que se estipule en la Carátula de la Póliza en el entendido que no podrá ser superior a 120 (ciento veinte) días contados a partir del momento de la adquisición de los mismos.

Para efectos de valuación de los daños causados al bien asegurado, el Asegurado deberá presentar éste ante un servicio técnico autorizado por la marca del bien a fin de que se realice el diagnóstico correspondiente y se determine:

a) Pérdida Parcial

En caso de que el costo de la reparación sea menor al 75% del costo del bien asegurado, reflejado en la factura, estado de cuenta o extracto de la tarjeta Asegurada, La Compañía pagará al Asegurado el valor del costo de la reparación, previa presentación del recibo o factura que acredite dicha reparación, sin que exceda el monto de la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza.

b) Pérdida Total

En caso de que el costo de la reparación sea igual o mayor al 75% del costo del bien asegurado, reflejado en la factura, estado de cuenta o extracto de la tarjeta Asegurada, La Compañía indemnizará dicha cantidad, sin exceder de la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza.

La indemnización de bienes que formen parte de pares, juegos o conjuntos, serán liquidados conforme al precio total de compra del par, juego o conjunto en el caso que los bienes dañados resulten irremplazables individualmente y conviertan al resto en conjunto inutilizable.

Si después de sufrir un daño los bienes asegurados se reparan por el Asegurado o por un tercero en forma provisional y continúan funcionando, la Compañía no será responsable en caso alguno por cualquier daño que éstos sufran posteriormente hasta en tanto la reparación se haga en forma definitiva, excepto si la Compañía da instrucciones por escrito para tal efecto. Si de cualquier reparación definitiva de los bienes hecha por el Asegurado deriva una agravación esencial del riesgo, será aplicable lo dispuesto en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El límite máximo de Suma Asegurada por evento, el número de eventos amparados para esta cobertura, así como el monto mínimo del valor del bien para efectos de que opere la cobertura, se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre las Tarjetas adicionales emitidas, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren descritas en la carátula de la póliza.

1.10. Robo con Violencia de Cartera o Bolso y Contenidos de Uso Personal

La COMPAÑIA indemnizará al Asegurado por el Daño Patrimonial que **sufra en caso de que le sea robado con violencia ya sea moral o física, su bolso o su cartera y los documentos personales portados dentro de estos, así como otros contenidos de uso personal (esta cobertura no ampara dinero en efectivo), de acuerdo a lo siguiente:**

La Compañía **otorgará cobertura con respecto a todos los objetos contenidos en un bolso de mano especificados en las condiciones particulares con sus respectivos sublímites**, siempre y cuando se compruebe su existencia y propiedad por parte del Asegurado, cuando hayan sido objeto de Robo con Violencia de que haya sido víctima **y en caso de documentos personales, será necesario que éstos hayan sido robados en el momento del mismo siniestro.**

La indemnización podrá consistir en el pago de dinero efectivo, reemplazo y/o reposición de los objetos robados, siempre que se cumplan todos los requisitos y obligaciones contempladas en el presente contrato, hasta los sublímites estipulados en la carátula de la póliza de acuerdo al objeto asegurado.

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado por las erogaciones que realice el Asegurado en el trámite de reposición de los documentos robados junto con los objetos asegurados en la cobertura de robo de bolso, de acuerdo a los sublímites estipulados en carátula de la póliza. Documentos cubiertos: Pasaporte y Licencia de conducir, tarjetas de crédito, tarjetas de débito y cualquier otro documento cuya reexpedición implique el pago de alguna cantidad. **Es indispensable que para efectos de que La Compañía proceda a realizar el pago de esta cobertura, además de los requisitos establecidos en la cláusula Cuarta. Procedimiento en Caso de Siniestro, deberá declarar ante el Ministerio Público el robo de estos documentos.**

El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para estas coberturas se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

2. Coberturas Adicionales

El Contratante podrá contratar una o varias de las coberturas adicionales que más adelante se describen, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, las coberturas contratadas quedarán expresamente determinadas en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual.

2.1. Gastos por Trámite de Documentos Personales por Robo o Asalto, Hurto o Extravío

Si en el robo, asalto, hurto o extravío de la Tarjeta asegurada también se sustrajeran o extraviaran los documentos personales del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará, hasta el límite máximo de suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, el costo de los gastos efectuados a efecto de obtener la reposición de los documentos personales.

El límite máximo de Suma Asegurada por evento y el número de eventos amparados para esta cobertura se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

El beneficio se pagará contra recibos y documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades respectivas y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

A efectos de esta cobertura, se entiende por documentos personales los siguientes: Pasaporte, Licencia de Conducir, Tarjetas de Crédito o Débito u otro documento que requiera realizar un pago para su reexpedición.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre los Asegurados Cotitulares, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren señalados en la carátula de la póliza.

Particularmente esta cobertura, esta se puede contratar únicamente con la cobertura básica relacionada con el riesgo inherente a su origen, es decir robo, asalto, hurto o extravío, aplicando entonces para las siguientes coberturas básicas:

- 1.1. Uso indebido de Tarjeta por Robo o Asalto
- 1.2. Uso indebido de Tarjeta por Hurto o Extravío
- 1.6. Robo de efectivo por retiro en cajero automático y/o en ventanilla
- 1.7. Uso indebido de cheques producto de Robo o Asalto, Hurto o Extravío
- 1.8. Robo o Asalto de productos adquiridos con la Tarjeta

2.2. Muerte Accidental por Robo o Asalto

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un Robo o Asalto, de manera inmediata o dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo.

Esta cobertura solo se puede contratar si y sólo si la cobertura de Muerte Accidental indicada en el punto 2.5 no fue previamente incluida.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre los Asegurados Cotitulares, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren señalados en la carátula de la póliza.

2.3. Invalidez Total Permanente por Accidente en Caso de Asalto

Si como consecuencia directa e inmediata de un Asalto y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora pagará al Asegurado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre los Asegurados Cotitulares, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren señalados en la carátula de la póliza.

2.4. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

Si a consecuencia directa de un accidente no excluido de la presente póliza el Asegurado es Hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que haya transcurrido el periodo de deducible pactado, la suma

asegurada diaria establecida en la carátula de la póliza y hasta por el número máximo de días estipulado en la misma.

Una vez pagada la suma asegurada correspondiente al máximo número de días de Hospitalización contratados con esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre los Asegurados Cotitulares, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren señalados en la carátula de la póliza.

2.5. Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro.

Esta cobertura solo se puede contratar si y sólo si la cobertura de Muerte Accidental por Robo o Asalto indicada en el punto 2.2 no fue previamente incluida.

Para que esta cobertura tenga efecto sobre los Asegurados Cotitulares, es indispensable que así lo solicite por escrito el Contratante y se encuentren señalados en la carátula de la póliza.

Cláusula Tercera. Exclusiones

Exclusiones generales, aplicables a todas las coberturas

Este contrato no cubre ningún tipo de evento que sufra el Asegurado o bien Asegurado con motivo de:

- 1. Uso fraudulento de las Tarjetas Amparadas por parte del Asegurado o de las personas que civilmente dependan de él, así como de las personas que con él trabajan habitualmente a quienes por razones de su relación laboral revele los Códigos, Claves y/o NIP's; asimismo el uso fraudulento de las Tarjetas Amparadas por parte de los cotitulares de dichas Tarjetas Amparadas o de los titulares adicionales de tarjetas asociadas a las Tarjetas Amparadas.**
- 2. Uso fraudulento de los Códigos, Claves y/o NIP's por parte del Asegurado o de las personas que civilmente dependan de él, así como de las personas que con él trabajan habitualmente a quienes por razones de su relación laboral revele los Códigos, Claves y/o NIP's.**
- 3. Uso fraudulento de Cheques por parte del Asegurado o de las personas que civilmente dependan de él, así como de las personas que con él trabajan habitualmente; asimismo el uso fraudulento de Cheques por parte de los cotitulares o de los titulares de chequeras adicionales asociadas a las cuentas de Cheques amparadas.**
- 4. Cualesquier delito en el que participe activamente el Asegurado o alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado.**
- 5. Se encuentra expresamente excluido de este seguro cualquier caso en el que algún cotitular o Asegurado adicional tenga o haya tenido participación activa y/o beneficio en el hecho delictivo.**
- 6. Daños Patrimoniales distintos a los resultados directamente del uso indebido o ilícito de las Tarjetas Amparadas o de los Cheques o de los Códigos, Claves y/o NIP's por hechos**

distintos a los que se describen en este Contrato y daños o eventos no mencionados expresamente en el presente Contrato de seguro.

7. Incumplimiento de cualquier deber u obligación del Asegurado o Asegurado Adicional impuestos por el Contrato que tiene celebrado con la Institución Bancaria o Casa Comercial.
8. Pérdidas ocurridas como consecuencia de operaciones realizadas en lugares en situación de o afectados directamente por invasiones, guerra, sea o no declarada, operaciones o actividades bélicas, actos de enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, motín, disturbios sociales, políticos o populares, poder militar, usurpación de poder militar, ley marcial o acciones de autoridad no constituida, delitos contra la seguridad interior del Estado, huelgas, vandalismo y alborotos populares de cualquier tipo.
9. Pérdidas ocurridas a consecuencia de Terremoto, meteorito, maremoto, erupción volcánica, tornado, vendaval, huracán o ciclón, granizo o inundación.
10. Responsabilidad civil de cualquier tipo que afecte al Asegurado y cualquier consecuencia legal derivada del uso o mal uso de las Tarjetas Amparadas, de los Cheques y de Códigos, Claves y/o NIP's.
11. Salvo de haya contratado la cobertura de Compras Fraudulentas por Internet o Teléfono, no estará cubiertas las operaciones realizadas a través de ventas por catálogo, por teléfono o por cualquier medio de transmisión de datos en los que no exista la firma manuscrita del Asegurado. En el entendido, sin embargo, de que las Transferencias Electrónicas de Fondos no reversibles no autorizadas por el Asegurado a través del sitio de Internet de la Institución Bancaria no estarán sujetas a esta exclusión.
12. Gastos y costos incurridos por el Asegurado en relación con el protesto o notificación de Robo o extravío de Cheques Robados o extraviados.
13. Para efectos de este Contrato, no se considerará como Daño Patrimonial los montos correspondientes a gastos de administración, intereses, comisiones u otros montos que se deriven a consecuencia de la acción descrita en cualquiera de las coberturas.
14. Pago de la anualidad de las Tarjetas Amparadas o la cuenta de Cheques.
15. Fraudes cometidos después de la notificación de Bloqueo a la Institución Bancaria o Casa Comercial.
16. Notificación tardía a la Institución Bancaria o Casa Comercial, sin motivos de fuerza mayor los cuales pueden hacer incurrir en error a la COMPAÑÍA.
17. Hechos ocurridos antes de la entrada en vigencia del contrato de seguro.

Exclusiones específicas para las Coberturas: Uso indebido a Tarjetas de Crédito /o débito por robo con violencia, Uso indebido de Tarjetas de Crédito o Débito por Hurto o Extravío, Falsificación y/o Adulteración física de la Tarjeta de Crédito y/o débito y/o Adulteración múltiple de vouchers y Uso indebido de cheques producto de Robo o Asalto, Hurto o Extravío.

1. Despacho y/o entrega de una Tarjeta por el administrador, ASEGURADO, sus agentes o transportadores, cuando dicha Tarjeta haya sido entregada a una persona distinta a aquella a la cual estaba destinada.
2. Incumplimiento de las obligaciones del ASEGURADO o administrador o usuario.
3. Responsabilidad civil de cualquier tipo que afecte al ASEGURADO o al contratante.
4. Perjuicios derivados de actos fraudulentos cometidos por el EMISOR, empleados o dependientes.

5. Todo robo, hurto o extravío de cheques o de formularios de cheques en los que conste la firma auténtica del ASEGURADO, así demostrado y declarado judicialmente.
6. Fallas en el Software o Hardware del emisor de la tarjeta.

Exclusiones específicas para la Cobertura de Compras Fraudulentas por internet o por teléfono.

1. Todo uso malicioso en el que participe el propio ASEGURADO, su cónyuge o parientes por consanguinidad o afinidad.
2. Las pérdidas resultantes del uso de una Tarjeta con la intención de defraudar al Asegurado, por parte de una persona autorizada por éste.

Exclusiones específicas para la Cobertura de Robo de Efectivo por retiro en Cajero Automático y/o Ventanilla:

1. La pérdida de dinero efectivo ocurrida a un usuario no autorizado de la Tarjeta Asegurada,
2. La pérdida de cualquier otro instrumento de comercio negociable, incluyendo cheques y cheques viajeros; como tampoco la pérdida de cualquier otra cantidad de dinero que estuviere en posesión del ASEGURADO al momento de ocurrir el delito y que no sea la registrada como retirada del cajero automático por el ASEGURADO.
3. La pérdida de dinero por el uso no autorizado que terceras personas hagan de la Tarjeta en el futuro si la tarjeta es robada durante la comisión del delito.
4. Las pérdidas resultantes del uso de una Tarjeta con la intención de defraudar al Asegurado, por parte de una persona autorizada por éste.
5. Robo de efectivo que se derive de cualquier acontecimiento o Evento distinto a los expresamente señalados en la cobertura de Robo de efectivo con cargo a las Tarjetas Amparadas.
6. Respecto de la cobertura de Robo de efectivo con cargo a las Tarjetas Amparadas, el Robo de efectivo que se realice fuera del rango de horas señalado en la carátula de la Póliza.
7. Para la cobertura de Robo de efectivo con cargo a las Tarjetas Amparadas, en caso de más de una disposición en el mismo cajero, no se cubrirán las disposiciones posteriores a la primera disposición de efectivo.
8. Robo de efectivo dentro de la misma sucursal Bancaria.

Exclusiones específicas para la Cobertura Robo o Asalto de Productos Adquiridos con la Tarjeta de Crédito y/o Debito Asegurada:

1. Productos o artículos comprados mediante extorsión y/o cualquier otro vicio de la voluntad y/o consentimiento del ASEGURADO.
2. Toda pérdida en la que participe el propio ASEGURADO, su cónyuge o parientes por consanguinidad o afinidad.
3. No se cubrirá la compra de animales vivos, pieles, plantas, cheques de viajero, boletos de transporte, cupones de gasolina, piedras preciosas, así como cualquier objeto destinado a la reventa. Tampoco se encuentran cubiertos los Robos a bienes asegurados en el transcurso de su transporte, traslado o desplazamiento por el vendedor o sus encargados.
4. Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes

- a) Las joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.
- b) Perdidas parciales en ropa, artículos de vestir o accesorios.
- c) Los animales y plantas naturales o sintéticas.
- d) Bienes consumibles tales como alimentos, bebidas, cosméticos, maquillajes, cremas, lociones, perfumes, tinturas, etc.
- e) Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.
- f) El dinero en efectivo o en cualquier de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).
- g) Equipos especializados de ingeniería.
- h) Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción.
- i) Los vehículos de motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos, como por ejemplo, pero no limitado a, vehículos motorizados, motocicletas, lanchas o aviones.
- j) Teléfonos móviles o celulares.
- k) Llantas y autopartes.
- l) Cuando los bienes objeto de reclamación hayan sido perdidos o extraviados.
- m) Cuando el hurto sea concurrente con el delito de abuso de confianza según la definición en la legislación penal.
- n) Reposición de facturas, testamentos y cualquier otro documento no mencionado expresamente en la cobertura.

Exclusiones específicas para la Cobertura Daño Accidental de Productos adquiridos con la Tarjeta de Crédito y/o Débito:

- 1. Por el uso normal o desgaste natural de los bienes asegurados.
- 2. Cuando el daño provenga de la contaminación radioactiva.
- 3. Daños provenientes de los vicios o defectos propios de los bienes asegurados, que deriven de una defectuosa fabricación o que generen la responsabilidad de garantía del fabricante, productor, distribuidor, expendedor y/o distribuidor.
- 4. Pérdidas o daños causados por uso, abuso, deterioro gradual, vicio propio, oxidación, herrumbre, corrosión, enmohecimiento, humedad atmosférica o congelamiento de los bienes asegurados y daños puramente mecánicos parciales.
- 5. Por daños que se manifiesten como defectos estéticos, que no comprometan la funcionalidad del bien asegurado, tales como manchas, rayones, decoloración, efectos causados por sol, agua y humedad, ralladuras a superficies pintadas, pulidas o esmaltadas. Solo serán indemnizadas cuando sobrevengan a consecuencia de un siniestro indemnizable en los términos de esta póliza y que haya afectado también otras partes del bien asegurado e impida el correcto y normal funcionamiento del mismo.
- 6. Los daños a bienes adquiridos mediante el medio de pago establecido en la póliza de seguro cuya compra se efectuare infringiendo la reglamentación del uso del medio de pago.
- 7. No quedan amparadas las compras efectuadas mediante extorsión y/o cualquier otro vicio de la voluntad y/o consentimiento del asegurado.

8. Daños ocurridos como consecuencia de la manipulación o alteración del bien o producto original, por parte de asegurado o un tercero, o agravación del riesgo por no seguir las instrucciones del fabricante.
9. Pérdida o daño causado por errores cometidos en la programación de los bienes eléctricos o electrónicos (software).
10. Servicios complementarios a los bienes adquiridos tales como, instalación, garantía del fabricante, mantenimiento y otros.
11. Cuando el siniestro recaiga sobre alguno de los siguientes artículos, elementos o bienes, salvo pacto contrario en las condiciones particulares:
 - a) Las joyas, alhajas, piedras preciosas, gemas, relojes, antigüedades, obras de arte, velas y lentes de contacto.
 - b) Pérdidas parciales en ropa, artículos de vestir o accesorios.
 - c) Los animales y plantas naturales o sintéticas.
 - d) Bienes consumibles tales como alimentos, bebidas, cosméticos, maquillajes, cremas, lociones, perfumes, tinturas, etc.
 - e) Útiles escolares, juguetes, y partes o accesorios de los mismos.
 - f) El dinero en efectivo o en cualquier de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes (aéreos, terrestres o proveniente de cualquier paquete turístico).
 - g) Equipos especializados de ingeniería.
 - h) Equipos y materiales de uso industrial tales como: equipo de ferretería, construcción, materiales de construcción.
 - i) Los vehículos de motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos, como por ejemplo, pero no limitado a, vehículos motorizados, motocicletas, lanchas o aviones.
 - j) Teléfonos móviles o celulares.
 - k) Llantas y autopartes.

Exclusiones específicas para la Cobertura Robo con Violencia de Cartera o Bolso y Contenidos de uso persona

1. Pérdidas que no sean constitutivas de delito de robo con violencia, tales como hurtos, extravíos, apropiación indebida, estafas y otros engaños.
2. Pérdidas o daños que se deriven de la comisión de un delito frustrado.
3. Cuando no recaiga en los bienes cubiertos indicados en las condiciones particulares.
4. Todo daño producido a los objetos asegurados.
5. Los artículos, elementos o bienes que no sean de propiedad del asegurado.
6. Todo tipo de multas o sanciones u otro tipo de prestación que el asegurado sea obligado a pagar por el robo, hurto o extravío de los bienes que son objeto de cobertura de la presente póliza.
7. Fraudes, y/o cualquier otro delito que cuente con la participación del Asegurado, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado.
8. Todo Daño patrimonial distinto a los que se definen en la descripción de las coberturas contratadas.

Exclusiones específicas para la Cobertura de Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente

- 1. Accidentes que se originen por participar el asegurado en:**
 - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.**
 - c) Riña provocada por el asegurado.**
- 2. Salvo Pacto Contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:**
 - a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.**
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
 - c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
 - d) Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la practica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, epeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana, artes marciales, moticiclismo terrestre o acuático, go –karts, jet Ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
 - e) La práctica profesional de cualquier deporte.**
- 3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.**
- 5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.**
- 6. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- 7. Fallecimiento o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo de alcohol o por el uso de drogas, estimulantes, y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- 8. Padecimientos existentes.**

Exclusiones específicas de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

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

- 1. SIDA y VIH: cualquier hospitalización que resulte o se relacione, directamente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tales como las relacionadas o derivadas de:**
 - a) Cualquier infección que incluya estado seropositivo, de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

- b) Cualquier enfermedad o síndrome directamente causado por o vinculado con las infecciones citadas en el punto anterior.
2. **Aviación:** lesiones que el Asegurado sufra en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 3. **Alcohol y Drogas:** cualquier hospitalización originada por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como de fármacos no prescritos por un Médico, o bien, por ingerir somníferos, barbitúricos, o estupefacientes. Tampoco se cubrirá Hospitalización alguna que provenga de algún síndrome de Dependencia Alcohólica, incluyendo tratamiento de condición médica que, en opinión del consultor médico de la Compañía, es considerado causa subyacente o directamente atribuible a un síndrome de Dependencia Alcohólica.
 4. **Maternidad y sus complicaciones.**
 5. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.**
 6. **Tratamientos ambulatorios.**
 7. **Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante su hospitalización.**
 8. **Tratamiento dental:** cualquier trabajo o tratamiento dental (incluyendo cirugía dental) y extracción de dientes y/o muelas.
 9. **Actividades peligrosas:** cualquier hospitalización que sea causada por participar en actividades peligrosas: montañismo o escalada de rocas con ayuda de cuerdas o guías, vuelo en ala delta, paracaidismo, parapente, deportes profesionales, carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, marcamiento de ritmo, pruebas de velocidad, espeleología, deportes de invierno, buceo o actividades subacuáticas que requieran el uso de aparatos de respiración artificial, aeronavegación (que no sea como un pasajero que haya pagado su tarifa en una aeronave multimotor de transporte de pasajeros debida y completamente registrada y autorizada), manejo de explosivos, actividades de ingeniería marítima o naval.
 10. **Nuclear:** contaminación nuclear (todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza), o contaminación química.
 11. **Condiciones o padecimientos preexistentes:** cualquier condición médica y/o relacionada que existiera o pudiera haber sido prevista a la fecha de comienzo de la póliza. Esto incluye cualquier condición por la cual el Asegurado hubiera recibido asesoría o tratamiento, o la cual, de acuerdo a su mejor conocimiento y creencia, era de su conocimiento o debería razonablemente haber sido de su conocimiento en fecha anterior a la de comienzo de la póliza.
 12. **Carreras:** por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
 13. **Curas de reposo y medidas preventivas:** cualquier sanatorio, spa o curas de reposo, clínicas de curas naturales o establecimientos similares u hospitalización efectuada como medida preventiva. También reclusión en casas de convalecencia o guarderías.
 14. **Suicidio, enfermedades venéreas:** intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental, así como enfermedades venéreas,

intoxicación y cualquier enfermedad transmisible que requiera por ley aislamiento o cuarentena.

- 15. Tratamiento no recomendado por un médico: cualquier hospitalización no recomendada por un Médico o no considerada médicamente necesaria o no efectuada por un médico matriculado, o bien, realizada en clínicas de hidroterapia, hospitalización principalmente para diagnósticos, exámenes con rayos X, o chequeos físicos o médicos generales que tengan por objeto la comprobación del estado de salud del Asegurado.**
- 16. Participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- 17. Variaciones de peso: obesidad, reducción de peso, mejora de peso, bulimia, anorexia nerviosa.**

Cláusula Cuarta. Procedimiento en Caso de Siniestro

Aviso

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

Pruebas

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

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

Procedimiento en Caso de Siniestro

Documentos indispensables para iniciar la reclamación – Aplica para cualquier cobertura:

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Original)
- Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar)
- Carátula de póliza / Certificado de la póliza (Si los tuviese)
- Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses
- Formato Conoce a tu Cliente debidamente requisitado (Por Beneficiario en Original)
- Formato de transferencia bancaria debidamente requisitado (Original), en caso de que el Asegurado solicite que la indemnización se realice a través de transferencia electrónica.
- Copia del estado de cuenta con antigüedad no mayor a tres meses a nombre del beneficiario.

Los siguientes documentos se deben presentar de acuerdo a la cobertura reclamada.

1. En caso de Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío de Tarjeta

- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia)
- Carta emitida por la Institución Bancaria o Casa Comercial correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por cada cobertura.

- Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos realizados como consecuencia del evento
 - Reporte de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta, elaborado por la Institución Bancaria o casa comercial correspondiente
 - Reporte LOG de autorización de la institución bancaria o casa comercial correspondiente
- 2. En caso de Falsificación y/o Adulteración Física de la Tarjeta y/o Impresión Múltiple de Vouchers y/o Transferencias electrónicas no autorizadas por el titular y/o Compras Fraudulentas por Internet o por Teléfono:**
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia)
 - Carta emitida por la Institución Bancaria o Casa Comercial correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por cada cobertura y que indique el mecanismo por el cual se realizaron los cargos fraudulentos
 - Copia del estado de cuenta o pantalla de la institución bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos
 - Reporte de bloqueo con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta de la institución bancaria o casa comercial correspondiente
 - Reporte LOG de autorización de la institución bancaria correspondiente.
- 3. En caso de Robo de efectivo por retiro en Cajero Automático y/o Ventanilla: Aplica para robo de la disposición de efectivo y utilización forzada de la tarjeta de débito y/o crédito**
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) que indique las fechas y horas exactas de los movimientos o retiros realizados en el Cajero Automático.
 - Carta emitida por la Institución Bancaria o Casa Comercial correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los cargos no reconocidos conforme a lo establecido por cada cobertura
 - Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos de la institución bancaria correspondiente.
 - Reporte con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta de la institución bancaria o casa comercial correspondiente.
- 4. En caso de uso indebido de Cheques por Robo, Asalto, Hurto o Extravío**
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia)
 - Carta emitida por la institución bancaria o Casa Comercial correspondiente, donde se comprueben o se confirmen los movimientos correspondientes conforme a lo establecido por cada cobertura, que indique los detalles de los cheques utilizados de manera fraudulenta.
 - Copia del estado de cuenta o pantalla bancaria donde se vean reflejados los cargos no reconocidos de la institución bancaria correspondiente
 - Reporte con fecha y hora o bitácora de bloqueo de la cuenta de la institución bancaria o casa comercial correspondiente.
 - Copia de los cheques cobrados de manera fraudulenta.
- 5. En caso de Gastos por Trámites de Documentos Personales:**
- Copia sellada o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia)
 - Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de dichos documentos.
- 6. En caso de Robo o Asalto o Daño Accidental de Productos adquiridos con la Tarjeta:**
- Presentar actuaciones del Ministerio Público y ampliación de la denuncia dentro de un plazo no mayor de 24 horas de ocurridos o conocidos tales hechos, según sea el caso.
 - En el evento en que la reclamación se tramite a través de apoderado, se deberá anexar el correspondiente poder en original.
 - Original o copia de la factura, recibo, ticket o comprobante de pago en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado. En el caso que se adquiera más de un producto mediante un solo comprobante de compra, presentar el comprobante de pago detallado extendido por el establecimiento donde se efectuó la compra.

- En caso que la compra se hiciera con tarjeta de crédito o débito, original o copia del estado de cuenta o extracto bancario en virtud del cual se logre acreditar la compra del bien asegurado.
- En caso de un posible evento de daño accidental, el diagnóstico del servicio técnico especializado en donde conste el grado de afectación del bien, las causas de mismo y el valor de la reparación (en caso de ser reparable), no obstante LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de verificar el estado del bien afectado.

7. En el caso de Muerte Accidental:

- Acta de defunción en original o copia certificada del asegurado afectado
- Copia simple del acta de nacimiento del asegurado afectado
- Copia simple del Acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios, si el beneficiario es el cónyuge adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio.
- Copia simple de la identificación oficial de cada uno de los Beneficiarios
- Designación de beneficiarios, si lo tuviese (en caso de no existir designación de beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea)
- Actuaciones del Ministerio Público completas en original o copia certificada, que contenga la necropsia practicada.
- Historia clínica completa.

8. En caso de Invalidez Total Permanente a consecuencia de Robo o Asalto

- Copia certificada de la Invalidez Total y Permanente proporcionada por el IMSS (formato ST3 o ST4) o ISSSTE, Sector Salud, institutos médicos gubernamentales, en caso de ser derechohabiente, en caso contrario, Dictamen médico que acredite la Invalidez total y Permanente proporcionada por un médico especialista en la materia que cuente con cedula profesional (no debe ser familiar del asegurado)
- Informe médico que indique el diagnóstico, evolución y tratamientos con nombre, firma y cédula profesional del médico que lo elabora.
- Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes personales, Antecedentes patológicos, Evolución de padecimiento, Estado actual y motivo de la Invalidez Total y Permanente.

9. En caso de Hospitalización diaria por Accidente:

- Formato de Aviso de accidente
- Informe médico que indique padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección)
- Constancia de hospitalización, que indique las horas y fechas exactas del ingreso y egreso hospitalario
- Interpretación médica de los estudios realizados, documento entregado por los médicos que realizan los estudios indicando el diagnóstico
- En caso de ser accidente presentar actuaciones del Ministerio Público completas o informe de las partes que intervinieron en el evento

10. En caso de Muerte a consecuencia de Robo o Asalto:

- Acta de defunción en original o copia certificada del asegurado afectado.
- Copia simple del acta de nacimiento.
- Copia simple del acta de nacimiento de cada uno de los beneficiarios, si el beneficiario es el cónyuge adicionalmente presentar copia simple de acta matrimonio.
- Copia simple de la identificación oficial de cada uno de los beneficiarios.
- Designación de beneficiarios, si lo tuviese (en caso de no existir beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación del albacea).
- Copia de las Actuaciones del Ministerio Público completas, que contenga la necropsia practicada.

No obstante lo estipulado en esta cláusula, La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiarios toda clase de documentos o informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro

y las consecuencias del mismo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Formas De Indemnización

Una vez que se tenga integrada la reclamación, La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura afectada en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación. Para las coberturas en las que aplique el pago de deducible por parte del Asegurado, a excepción de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, la Compañía podrá deducir de la indemnización a su cargo, el monto del deducible que corresponda.

El pago de la indemnización podrá ser, a elección del Asegurado o Beneficiario, a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria que éstos determinen, o a través de cheque nominativo expedido por la Compañía.

En caso de afectación a la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, el monto de la indemnización corresponderá a la suma de todos los días en que el Asegurado haya estado hospitalizado, menos los días que por concepto de deducible se encuentran pactados en la carátula de la póliza.

Cláusula Quinta. Cancelación

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

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

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada de su póliza la Compañía devolverá la prima neta pagada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de póliza estipulados en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición de la misma, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago. La Compañía realizará dicha devolución al Contratante dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, mediante cheque o transferencia bancaria, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante.

Cláusula Sexta. Nulidad

La cobertura de invalidez no surtirá efectos si el Asegurado no tiene una actividad permanente y remunerada en el momento en que ocurra el siniestro que le ocasione el estado de invalidez total permanente.

Cláusula Séptima. Límite Territorial y Residencia

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir el siniestro que ocurra dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos, salvo que se estipule lo contrario en la descripción de las coberturas.

Cláusula Octava. Edad

Los límites de edad de aceptación para Asegurado:

- Edad mínima de contratación: 18 años
- Edad máxima de contratación: 69 años
- Edad máxima de renovación: 69 años
- Edad máxima de cancelación: 70 años

Para la cobertura de Invalidez total permanente accidental por asalto:

- Edad mínima de contratación: 18 años
- Edad máxima de contratación: 64 años
- Edad máxima de renovación: 64 años
- Edad máxima de cancelación: 65 años

Las edades de aceptación para la contratación del presente seguro serán mínima 18 (dieciocho) y máxima 68 (sesenta y ocho) años. La edad máxima de renovación será de 69 (sesenta y nueve) años. La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará al aniversario de la Póliza inmediato posterior en que éste cumpla 70 (setenta) años.

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

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del contrato de seguro o con posterioridad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la prima pagada no devengada neta de comisiones y gastos existente a la fecha de rescisión.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del Asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cláusula Novena. Subrogación

La Compañía podrá subrogarse por ministerio de ley, hasta por la cantidad pagada en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro. Si la Compañía lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Asegurado se impide la subrogación, la Compañía quedará liberada, en todo o en parte, de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

Las partes convienen que cuando ocurra un siniestro y el bien asegurado sea indemnizado por la Compañía como Pérdida Total, éste pasará a ser propiedad de la Compañía, quien tendrá derecho a disponer del mismo.

Sección Segunda Disposiciones Generales

Cláusula Primera. Prima

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula Segunda. Rehabilitación

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

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

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

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. La Aseguradora responderá por todos los Siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Cláusula Tercera. Vigencia del Contrato

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

Cláusula Cuarta. Renovación

Este contrato tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración y, de existir el mismo plan, en los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará con treinta (30) días de anticipación al término de la vigencia, cuáles son las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas.

En este caso, la Compañía se obliga a:

- **Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará para dicha renovación.**
- **Renovar otorgando una nueva póliza por el periodo contratado de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.**

La renovación se llevará a cabo sin requisitos de asegurabilidad y tanto el Asegurado como la Compañía podrán solicitar la no renovación del seguro mediante notificación por escrito efectuada con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la póliza.

Cláusula Quinta. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los ASEGURADOS 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 ASEGURADO de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Aseguradora a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

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

Cláusula Sexta.- Comunicaciones y Notificaciones

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

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

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

Las que se dirijan al Contratante y/o Asegurado, serán enviados al último domicilio que el mismo haya señalado para tal efecto.

Cláusula Séptima. Moneda

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

Cláusula Octava. Prescripción

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

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

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

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

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

Cláusula Novena. Indemnización por Mora

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

Cláusula Décima. Modificaciones

Las Condiciones Generales y particulares de la Póliza y los endosos respectivos solo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cláusula Décima Primera. Medios de Contratación

Las coberturas amparadas por esta Póliza podrán ser contratadas mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Los medios de identificación mediante los cuales el Asegurado podrá adquirir estas coberturas a efecto de celebrar el presente Contrato, serán aquellos en los que el Asegurado corrobore que ha proporcionado a la Aseguradora la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, registro federal de contribuyentes, teléfono, domicilio completo (calle y número, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado), nombre y parentesco de los Beneficiarios y el porcentaje que le corresponde a cada uno de ellos, así como la autorización de la forma de cobro respectiva. El Asegurado es responsable de proporcionar la información descrita, y de los fines para los cuales se utilice dicha información.

Asimismo, el Asegurado ratifica que fue informado de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

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

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

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

Los productos que se contraten a través de alguno de los medios enunciados anteriormente, son en sustitución a la firma autógrafa y también por ese mismo medio, el Asegurado podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones de que se trate, conforme a la legislación aplicable.

Cláusula Décima Segunda. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

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

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

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

- a) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:
 - Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Asegurado.
 - De manera personal al momento de contratar el seguro

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

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

- Cuando la entrega de la Póliza se realice vía correo electrónico, en el mismo correo electrónico se incluirá un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Asegurado recibió la Póliza.
- Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Asegurado firmará un documento de acuse de recibo.

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

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

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse al **01800223201** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
 - i. Llamar al **01800223201** en la Ciudad de México o resto de la República;
 - ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la póliza y existencia del cliente;
 - iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;
 - iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **01800223201** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Cláusula Décima Cuarta. Beneficiarios

Cualquier miembro del Grupo Asegurado puede cambiar el Beneficiario o los Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Compañía.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito a la Compañía y al beneficiario irrevocable. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, en el certificado y/o consentimiento correspondiente. Esta constancia será el único medio de prueba admisible.

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

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios antes del fallecimiento del Asegurado, sin que éste hubiera

hecho una nueva designación, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Advertencia

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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 solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Cláusula Décima Quinta. Obligaciones del Contratante

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

- a) Comunicar a la COMPAÑÍA los ingresos a la **Agrupación** Asegurada, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del ASEGURADO, ocupación, fecha de nacimiento, Coberturas Contratadas, Suma Asegurada o regla para calcularla, la designación de Beneficiarios y la indicación si ésta se hace de forma irrevocable. Además, deberá pagar la prima que corresponda, de acuerdo al ajuste de prima definido.
- b) Comunicar a la COMPAÑÍA de las separaciones definitivas de la **Agrupación** Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los ASEGURADOS y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de treinta (30) días después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones. Enviar a la COMPAÑÍA los nuevos consentimientos de los ASEGURADOS, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

Cláusula Décima Sexta. Registro de Asegurados

En caso de tratarse de una **Agrupación**, La COMPAÑÍA elaborará, un registro de los miembros de la **Agrupación** Asegurada en los términos de esta Póliza, que deberá ser entregado al CONTRATANTE.

Dicho registro contendrá entre otros datos, el nombre de los ASEGURADOS, edad, Coberturas Contratadas, la Suma Asegurada que le corresponda o la regla para determinarla, fecha de vigencia del seguro y el número de certificado de cada uno de los ASEGURADOS. En dicho registro se anotarán también las altas y bajas de ASEGURADOS, o las variaciones en las Sumas Aseguradas, siempre a solicitud expresa del CONTRATANTE y previa aceptación de la COMPAÑÍA.

Cláusula Décima Séptima. Certificados Individuales

En caso de tratarse de una Agrupación, La COMPAÑÍA expedirá un certificado para cada uno de los miembros de la Agrupación Asegurada que entregará al CONTRATANTE, que contendrá entre otros datos: número de Póliza y del certificado, nombre y fecha de nacimiento o edad del ASEGURADO, fecha de vigencia del seguro, Coberturas

Contratadas, Suma Asegurada o la regla para determinarla y el nombre de los Beneficiarios, y en su caso el carácter de irrevocable.

Cláusula Décima Octava. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la Agrupación Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

Cláusula Décima Novena. Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Cláusula Vigésima. Artículos Citados

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

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

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

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

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

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

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

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

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

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

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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

- I. Tratándose de intermediarios financieros sujetos a la inspección y vigilancia por parte de las autoridades financieras, y que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros para una

sola Institución de Seguros, para Instituciones de Seguros integrantes de un mismo grupo financiero o para Instituciones de Seguros que practiquen operaciones o ramos distintos entre sí, su operación se sujetará a lo siguiente:

- a) En el caso de productos de seguros con componentes de ahorro o inversión, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el artículo 102 de esta Ley, deberá registrar ante la Comisión, en los términos previstos en los artículos 202 a 205 de este ordenamiento, como parte de la documentación contractual del producto de seguro, un programa de capacitación especializada que deberá aplicarse a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la comercialización del producto de seguro de que se trate tomando en consideración las características y naturaleza del mismo, y
 - b) En el caso de productos de seguros distintos a los señalados en el inciso anterior, la Institución de Seguros con la cual el intermediario financiero tenga celebrado un contrato de prestación de servicios en términos de lo previsto en el artículo 102 de esta Ley, deberá establecer en el propio contrato los programas de capacitación que, en su caso, se requieran en función de las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
- II. Tratándose de personas morales que no se ubiquen en el supuesto señalado en la fracción anterior, su operación se sujetará a las disposiciones de carácter general que al efecto expida la Comisión, conforme a lo siguiente:
- a) Establecerán los casos en que los empleados o apoderados de la persona moral que celebren con el público operaciones de promoción o venta de productos de seguros, deban recibir capacitación por parte de las Instituciones de Seguros, o bien obtener la evaluación y certificación correspondiente ante la propia Comisión, considerando para ello la naturaleza de las actividades que conforme a su objeto social realice la persona moral y las características o complejidad de los productos de seguros de que se trate, y
 - b) Determinarán los requisitos y medidas que deberán cumplir para prevenir y evitar conflictos de interés, que puedan derivarse de la venta de productos de seguros de más de una Institución de Seguros por parte de una misma persona moral, o de varias personas morales cuando se encuentren bajo el control patrimonial o administrativo de una misma persona o Grupo de Personas.

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

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

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

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

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

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

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

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de 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.

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

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

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

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

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

- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

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

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

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

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

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

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

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

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

**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 15,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 01 800 223 2001
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves 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: 01 800 999 8080

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: www.condusef.gob.mx

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 07 de septiembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0069-2016/CONDUSEF-002730-03.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual

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

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

Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de septiembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0069-2016/CONDUSEF-002730-03.

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

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. 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 07 de septiembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0069-2016/CONDUSEF-002730-03.

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

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

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

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

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función 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 saber que en los seguros de daños toda indemnización reduce en igual cantidad la suma asegurada, pero a solicitud del asegurado ésta puede ser reinstalada previa aceptación de la aseguradora, debiendo el asegurado pagar la prima correspondiente.
4. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
5. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
6. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
7. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de septiembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0069-2016/CONDUSEF-002730-03.

Aviso De Privacidad

Chubb Seguros México. S.A., en adelante Chubb con domicilio establecido en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la 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 del 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 del Chubb Group en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de Chubb, o las empresas que forman parte del 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 del Grupo Chubb; (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 Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México la 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 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.

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 Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la 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 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.

¿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 Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la 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, 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: _____

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 07 de septiembre de 2016, con el número PPAQ-S0039-0069-2016/CONDUSEF-002730-03.

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 8 de octubre de 2014, con el número CGEN-S0039-0132-2014/CONDUSEF-002730-03.



Contacto

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

Tel.: 01 800 223 2001

www.chubb.com/mx