

Seguro de Protección Quirúrgica

CHUBB®

Contenido

| | |
|---------------------------------------|----|
| Cláusula 1ª. Definiciones | 4 |
| Cláusula 2ª. Coberturas | 8 |
| 1. Cobertura Básica | 8 |
| 1.1 Cirugía | 8 |
| 2. Coberturas Adicionales | 8 |
| 2.1 Hospitalización | 8 |
| 2.2 Cirugías Alto Costo | 8 |
| a) Cirugía de corazón abierto | 8 |
| b) Trasplante de órganos mayores | 9 |
| c) Cirugía de aneurisma cerebral | 9 |
| d) Cirugía de Injerto de Piel | 9 |
| e) Extirpación de Pulmón | 9 |
| f) Extirpación del Intestino Grueso | 9 |
| g) Cirugía de Columna Cervical | 9 |
| h) Cirugía Radical de Cáncer | 10 |
| i) Cirugía Cerebral | 10 |
| Cláusula 3ª. Exclusiones Particulares | 10 |
| Cláusula 4ª. Exclusiones Generales | 11 |
| Condiciones Generales | 12 |
| Límite Territorial | 12 |
| Residencia | 12 |
| Extinción de obligaciones | 12 |
| Reinstalación de Suma Asegurada | 13 |

| | |
|--|----|
| Edad | 13 |
| Comunicaciones | 13 |
| Terminación Anticipada del Contrato | 14 |
| Cancelación del Contrato | 14 |
| Renovación | 14 |
| Títulos y Definiciones | 15 |
| Pago de Primas | 15 |
| Agravación del Riesgo | 16 |
| Moneda | 17 |
| Competencia | 17 |
| Prescripción | 18 |
| Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales | 18 |
| Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro | 18 |
| Entrega de Documentación Contractual | 18 |
| Procedimiento en Caso de Siniestro | 20 |
| Indemnización por Mora | 21 |
| Omisiones y/o Inexactas Declaraciones | 21 |
| Vigencia del Contrato | 21 |
| Modificaciones | 21 |
| Contratación del Uso de Medios Electrónicos | 22 |
| Liga a Cita de Perceptos Legales | 22 |
| Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual vía Correo Electrónico | 23 |
| Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Accidentes y Enfermedades | 24 |

Seguro de Protección Quirúrgica

La veracidad, integridad y alcance de la información facilitada por el proponente (Contratante y/o Asegurado), constituyen la base esencial que ha motivado a la Compañía para la celebración del **Contrato**, la base sobre la cual se han establecido los presentes términos y condiciones y sobre los cuales se ha calculado la **prima**. Si al entregar dicha información, se hubiera incurrido en reserva, omisiones o inexactitud, se quebraría dicho equilibrio causando error y vicio en la celebración del presente **Contrato**.

Cláusula 1ª. Definiciones

Para los efectos de esta **Póliza**, independientemente de si aparecen en singular o plural, se entenderá por:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de ésta Póliza. **No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

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

Asegurado(s): Es la persona física designada con tal carácter en la Carátula de Póliza y que ha quedado protegida bajo los términos de ésta Póliza. Bajo este Contrato quedará amparado el Asegurado y de estar expresamente asentado en la Carátula de Póliza, el Cónyuge, Concubina (o) y/o Conviviente del mismo, así como sus hijos menores de 21 años. El cónyuge, concubinario o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o resolución que decreta el concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia).

Cirugía o Acto Quirúrgico Amparado: Se entiende por cirugía amparada a una intervención quirúrgica realizada al Asegurado con fines terapéuticos a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

La cirugía deberá ser médicamente necesaria para la atención de:

- Una enfermedad o padecimiento.
- Un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y que la cirugía se realice a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de procedimientos múltiples realizados durante un mismo periodo continuo de hospitalización o durante un mismo tiempo quirúrgico, se considerará únicamente el beneficio correspondiente a la cirugía de mayor monto o uno de ellos si los montos son iguales.

La suma asegurada de la cobertura se reinstalará transcurridos seis (6) meses consecutivos contados a partir de la fecha de cirugía o acto quirúrgico precedente.

Cirujano: Profesionista que tiene el conocimiento médico con especialidad en cirugía general, debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente y legalmente autorizado para realizar cirugías en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

Condición Médica: Es cualquier enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas contractuales que establecen derechos y obligaciones para la Compañía, el Contratante y el Asegurado de este seguro.

Contratante: Es la persona que aparece con tal carácter en la Carátula de Póliza y quien es responsable ante la Compañía de realizar el pago de la prima de este seguro.

Contrato o Póliza: Documentos en los que constan los derechos y obligaciones de las partes Contratantes, integrado por el cuestionario de suscripción, la solicitud, la Carátula, las condiciones generales, endosos y el folleto de los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios.

Cuestionario de Suscripción: Es el cuestionario que el Contratante y/o Asegurado completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él o personas a asegurar, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. **Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la Compañía adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo.** La Compañía se reserva el derecho de asegurar a las personas, de acuerdo a sus políticas de suscripción.

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

Diagnóstico: Es la calificación que un Médico Especialista realiza de la enfermedad que sufre el Asegurado, determinando el origen y naturaleza de la enfermedad, mediante la observación y análisis de los síntomas y signos presentados por el Asegurado.

Endoso: Documento generado por la Compañía, previo acuerdo entre las partes que, al adicionarse a las condiciones generales, modifica o adiciona alguno de los elementos contractuales. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga. Este documento debe estar previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Evento Cubierto: Es el acontecimiento futuro e incierto, de naturaleza súbita, involuntaria e imprevisible, amparado en el Contrato de Seguro y ocurrido durante la vigencia del mismo.

Enfermedad o Padecimiento: Toda alteración de salud sufrida por el Asegurado. La Cirugía por Enfermedad será cubierta en términos de este seguro siempre que el inicio de dicha alteración de la salud sea dentro de la vigencia de este contrato.

Enfermedad Congénita: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

Enfermedades Preexistentes: Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

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

Cuando la institución 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 sobre la procedencia de la reclamación.

B. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

Cuando a juicio de la Aseguradora se determine la improcedencia de una reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá optar en acudir ante un perito médico que sea designado de común acuerdo, por escrito, por el Asegurado y la Aseguradora a fin de someterse a un arbitraje privado. El perito médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

Si las partes no se ponen de acuerdo en el nombramiento del perito médico, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de ellas, hará el nombramiento del perito.

La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude al arbitraje médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución a dicho arbitraje, el cual vincula al Beneficiario y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada como árbitro, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

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

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 esta Póliza en la fecha de renovación respectiva.

Hospital: Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud o equivalente en el país donde se realizó la cirugía, de carácter público o privado para el diagnóstico y la atención médica y quirúrgica, de personas lesionadas o enfermas, que cuente con sala de intervención quirúrgica y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día.

Para fines de esta Póliza, el término hospital no incluirá ninguna institución que primordialmente sea un lugar para cuidados ambulatorios, una instalación para ancianos o alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, incluso si la institución está registrada como un hospital o clínica de reposo con las instalaciones adecuadas.

Hospitalización: Se entenderá por hospitalización la estancia continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

Indemnización: Es el importe de la Suma Asegurada que La Compañía está obligada a pagar al Asegurado como consecuencia de un evento cubierto por este seguro.

Límite de Responsabilidad o Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad de La Compañía al amparo de este Contrato.

La Compañía sólo pagará los siniestros que se encuentren cubiertos conforme a estas condiciones hasta el límite de la Suma Asegurada o Límite Responsabilidad señalado en la Carátula de esta Póliza.

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 podrá ser familiar o pariente consanguíneo en línea directa y hasta el segundo grado, ni cónyuge, concubina(o) o conviviente de los Asegurados de este seguro.**

Médico Especialista: Profesionista que tiene el conocimiento médico y está legalmente autorizado y debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente para ejercer la medicina de su especialidad en la República Mexicana o en el país donde se realizó la cirugía, y a ejercer dentro del alcance de su licencia.

Periodo de Espera: Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios amparados.

En caso de ser aplicable el Periodo de Espera, se especificará en la Carátula de Póliza por cada cobertura. Asimismo, el número de días de Periodo de Espera aplicables por cada cobertura será el señalado en la Carátula de Póliza. El periodo de espera no aplicará en caso de Accidentes.

Prima Neta: 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.

Siniestro: Realización del evento Asegurado cubierto por el Contrato de Seguro.

Solicitud de Seguro: Documento en el cual el Contratante y/o Asegurado solicita la cobertura del seguro para él o para terceros, la cual incluye la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita por el Asegurado, cuando se trate de persona distinta al Contratante.

Tiempo Quirúrgico: Tiempo continuo que el paciente se encuentra en la sala quirúrgica (quirófano) donde se realizará el acto quirúrgico indicado por el médico especialista para el tratamiento de una o varias Enfermedades o Padecimiento o a raíz de un Accidente, el cual inicia desde el monitoreo del anesthesiólogo hasta que el paciente llega a la sala de recuperación posterior a la cirugía.

Vigencia: Es el periodo de tiempo estipulado en la Carátula de Póliza, durante el cual se encuentran cubiertos los riesgos en ella establecidos.

Cláusula 2ª. Coberturas

1. Cobertura Básica

1.1 Cirugía

La Compañía cubrirá al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la Carátula de Póliza para esta cobertura, en caso de que se le practique alguna cirugía derivada de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre que la Enfermedad sea diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la Póliza o el Accidente ocurra dentro de dicha vigencia.

Para que una cirugía a causa de una enfermedad se considere cubierta, el periodo de espera será de **noventa (90) días naturales, salvo cirugías a causa de enfermedad que estén relacionadas con los siguientes órganos o estructuras anatómicas: Amígdalas Faríngeas, Adenoides, Columna vertebral, Colecistitis, Cálculos biliares, Enfermedades Cerebrovasculares, Hemorroides, Fisura anal, Fístula anal y Prolapso rectal, Fibromas, histerectomía, sangrado uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso vesical-cistocele, Tumoración o nódulo en glándulas mamarias, Hidrocele, varicocele y espermatocele, Crecimiento benigno de la próstata, Rodilla, Cálculos urinarios, Cálculo en riñón, Uretero, Uretra, Vejiga, Hernia inguinal, Hernia ventral, Hernia umbilical, Hernia incisional, Eventraciones o hernias espontáneas o postquirúrgicas, Tiroidectomía, Desviación del tabique nasal, sinusitis, Válvulas del corazón y Enfermedades de las arterias coronarias, en dónde el periodo de espera será de 2 (dos) años consecutivos.**

En caso de cirugías que sean a consecuencia de un Accidente, no aplicará periodo de espera alguno.

2. Coberturas Adicionales

El Asegurado quedará cubierto por cualquiera de las coberturas adicionales siguientes, siempre y cuando aparezcan expresamente como contratadas en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente:

2.1 Hospitalización

Si como consecuencia de la cirugía amparada el Asegurado tuviera que ser hospitalizado de manera continua mayor a 48 horas en un hospital o clínica, siempre y cuando ésta sea comprobable y justificada para la cirugía amparada realizada, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno, la Compañía pagará al Asegurado, adicionalmente el equivalente del 20% de la suma asegurada de la cobertura básica la cual esta descrita en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

El beneficio de Hospitalización sólo será procedente cuando se ha realizado una cirugía cubierta.

2.2 Cirugías Alto Costo

Además de la indemnización de la suma asegurada de la cobertura básica, la Compañía pagará al Asegurado la cantidad establecida como suma asegurada de la cobertura básica, cuando se le practique alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:

a) Cirugía de corazón abierto

La cirugía de corazón abierto, que incluye la esternotomía o sección quirúrgica del esternón, es la seleccionada por el médico del Asegurado que puede ser cardiólogo, cardiocirujano, cirujano de tórax o hemodinamista cardiovascular, como el tratamiento más adecuado para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias o cualquier anomalía estructural de las válvulas cardíacas o del corazón. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar pruebas de exploración y cirugía cardíaca realizada y los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete de la anomalía estructural cardíaca motivo de la intervención.

b) Trasplante de órganos mayores

Es la cirugía de trasplante de órgano que se le realiza al Asegurado en calidad de receptor del órgano trasplantado, **amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas**, siempre que este sea médicamente necesario y realizada por un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la insuficiencia orgánica y funcional irreversible y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

c) Cirugía de aneurisma cerebral

Es la cirugía neurológica que se realiza con la apertura quirúrgica del cráneo (craniectomía), con la finalidad de reparar un aneurisma intracraneal o para extirpar una malformación vascular arterial o venosa. La intervención quirúrgica debe ser certificada como indispensable por parte de un Neurólogo o Neurocirujano. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

d) Cirugía de Injerto de Piel

Es la cirugía de injerto de la piel (del Asegurado o piel de banco) que fue considerada por el médico tratante que puede ser Traumatólogo, Internista, Intensivista o cirujano plástico reconstructivo, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de quemaduras de tercer grado (las que afectan todas las capas de la piel y exponen músculos, tendones y/o huesos) que en un mismo evento abarquen al menos el 20% del total de la superficie corporal.

Para indemnizar esta cirugía es indispensable presentar, por parte del médico tratante, la confirmación del diagnóstico y las gráficas clínicamente aceptadas y estandarizadas demostrativas de la superficie total afectada.

La indemnización correspondiente se hará hasta que el funcionamiento del injerto quede habilitado.

e) Extirpación de Pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía)

Es la extirpación quirúrgica de por lo menos un lóbulo del pulmón, debiendo ser considerada esta cirugía torácica como el tratamiento más adecuado por un médico especialista neumólogo, cirujano neumólogo o cirujano de tórax.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

f) Extirpación del Intestino Grueso (hemicolectomía o colectomía total)

Es la resección quirúrgica de la mitad del colon (intestino grueso) o su extirpación total, esto es, hemicolectomía o colectomía total respectivamente y este tratamiento quirúrgico haya sido considerado por un gastroenterólogo o cirujano general o cirujano de vías digestivas o cirujano oncólogo como el tratamiento más adecuado para la atención del Asegurado.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

g) Cirugía de Columna Cervical

Es la cirugía realizada en la columna cervical que es considerada por el médico del Asegurado que puede ser traumatólogo, neurocirujano u ortopedista que cuente además con la subespecialidad en columna vertebral, como el procedimiento más adecuado para el tratamiento de una enfermedad severa de disco o fractura (Grado III ó IV).

Considerando el Grado III al desplazamiento del 51% al 75% de la columna cervical y el Grado IV al desplazamiento del 76% al 100% de la columna cervical.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

h) Cirugía Radical de Cáncer

Es el tratamiento quirúrgico considerado por el oncólogo o cirujano oncólogo como el más adecuado y necesario para detener la propagación del cáncer a través de la extirpación completa (cirugía radical) de uno o varios de los siguientes órganos:

- Mama (mastectomía).
- Próstata (prostatectomía) con cistectomía y vaciamiento ganglionar incluyendo cirugía radical de vejiga.
- Útero (histerectomía) con salpingo-ooforectomía y vaciamiento ganglionar mayor.
- Estómago (gastrectomía).
- Laringe (laringectomía).
- Páncreas (pancreatectomía, operación de Whipple que incluye la extirpación de la cabeza del páncreas, del duodeno, de la porción distal del conducto biliar y del segmento distal del estómago).

Para solicitar la indemnización correspondiente es indispensable presentar el informe del oncólogo y el de patología que confirme el diagnóstico de cáncer, así como los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, y los documentos de la cirugía realizada.

i) Cirugía Cerebral

Es la extirpación de por lo menos un lóbulo completo del cerebro que es considerado por un médico especialista neurólogo o neurocirujano como el tratamiento más adecuado y necesario.

Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar los estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, así como los documentos de la cirugía realizada.

Los procedimientos quirúrgicos realizados en el extranjero se cubrirán únicamente cuando, de acuerdo con su protocolo o manejo habitual en la República Mexicana, se justifique un internamiento hospitalario de al menos 48 horas.

Cláusula 3ª. Exclusiones Particulares

Exclusiones para la cobertura de Cirugías de alto costo:

Trasplante de órganos mayores

- a) Trasplantes de células madre, trasplantes de células de los islotes del páncreas, así como cualquier otro trasplante no mencionado explícitamente quedará excluido.**

Cirugía de aneurisma cerebral

- a) Los procedimientos endovasculares.**

Cirugía de Injerto de Piel

- a) Las cirugías estéticas secundarias al injerto.**

Extirpación de Pulmón (lobectomía pulmonar o neumonectomía)

- a) La biopsia pulmonar.**

Cirugía de Columna Cervical

- a) Cirugía percutánea o inyecciones de disco intervertebral.

Cirugía Radical de Cáncer

- a) La cirugía radical para tratar alguno de los siguientes tipos de cáncer:
- Los tumores descritos histológicamente como benignos, pre-malignos potencialmente maligno, maligno bajo o no invasivo.
 - Cualquier lesión descrita como carcinoma in situ (Tumor in Situ-Tis) o Ta por la séptima edición de la clasificación TNM (Tumor Nódulo Metástasis) de la AJCC (American Joint Committee on Cancer).

Cirugía Cerebral

- a) Biopsia cerebral y cirugía de la hipófisis.

Cláusula 4ª. Exclusiones Generales

Este seguro no proporcionará ninguna cobertura para cirugías relacionadas con cualquier condición médica que usted haya sufrido previo a la contratación de la presente Póliza.

- a) Cirugías como tratamiento para enfermedades preexistentes y/o congénitas.
- b) Cirugías o procedimientos debidos a suicidio, intento de suicidio o lesiones auto infligidas.
- c) Cirugías secundarias a bulimia o anorexia.
- d) Cesárea, parto, y/o legrado uterino, salvo que se trate de alguna cirugía de las enunciadas en el penúltimo párrafo de la cobertura básica.
- e) Cirugías por control de la natalidad, fertilidad, esterilidad, enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
- f) Cirugías secundarias al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- g) Intervenciones quirúrgicas cosméticas, estéticas, plásticas y/o reconstructivas, así como cualquiera de sus complicaciones, excepto las que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, así como cualquiera de sus complicaciones.
- h) Cirugías dentales, alveolares o gingivales y extracción de piezas dentales.
- i) Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones para calvicie, obesidad y reducción de peso.
- j) Tratamiento quirúrgico y/o sus complicaciones de tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.
- k) Cirugías relacionadas con diálisis o insuficiencia renal.
- l) Tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito corregir miopía, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía o cataratas.
- m) Cirugías de nariz y/o senos paranasales, excepto las que sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- n) Cirugías ambulatorias (cualquier consulta médica o quirúrgica, la investigación o procedimiento que se realiza sin que el paciente tenga que permanecer más de 48 horas en el hospital).
- o) Cirugías experimentales o procedimientos quirúrgicos que no estén avalados por la FDA (Food and Drug Administration).

- p) Hospitalizaciones y/o cirugías que no sean médicamente necesarias.
- q) Cirugías que se necesiten derivadas de accidentes, lesiones o enfermedades que se originen por actividades, trabajos, deportes peligrosos o riesgosos, tales como:
1. Participar en actos de guerra, rebelión, riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador, actos delictivos, motín, revolución o situaciones bélicas.
 2. Practicar paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo o de caída libre, montañismo, motociclismo, esquí, tauromaquia, alpinismo, charrería, buceo, boxeo, lucha, ala delta, rafting, motonáutica, espeleología, salto en bungee, deportes invernales (modalidades deportivas cuya práctica está relacionada con la nieve o el hielo, ya sea en condiciones naturales o reproducidas de manera artificial), o cualquier deporte profesional, entendiéndose por este cuando el Asegurado percibe una remuneración por realizarlo.
 3. Participar en carreras automovilísticas, de caballos o de bicicletas, así como pruebas o contiendas de velocidad, seguridad y resistencia, cuando el Asegurado participe de manera activa en estas.
 4. Conducir motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos, aéreos y terrestres.
 5. Viajar en aeronaves no pertenecientes a las líneas aéreas comerciales autorizadas para transportar pasajeros con itinerarios fijos, ya sea en calidad de pasajero, tripulante o mecánico.

Condiciones Generales

Límite Territorial

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas y para cubrir eventos que ocurran dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y en el extranjero.

Residencia

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

Extinción de obligaciones

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

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

Reinstalación de Suma Asegurada

La Aseguradora reinstalará la Suma Asegurada únicamente para la cobertura básica Cirugía, una vez que hayan transcurrido 6 meses de la cirugía cubierta y por una sola ocasión durante la vigencia de la Póliza.

Edad

Edades de Aceptación

La edad mínima de aceptación para los hijos dependientes del Asegurado titular será de 1 año hasta 21 años, mientras que para el titular y/o cónyuge la edad mínima será de 18 años y la máxima de aceptación será de 65 años.

La edad máxima de renovación se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza.

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

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

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro):

“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.

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.

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

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 citado artículo, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato”.

Comunicaciones

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

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el Contratante y/o Asegurado para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado a la Compañía al momento de la contratación y/o (iii) vía telefónica o mensaje SMS al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado a la Compañía al momento de la contratación. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar.

Las notificaciones al Contratante y/o Asegurado en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio y/o correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.

Terminación Anticipada del Contrato

El **Contratante** podrá terminar anticipadamente este Contrato mediante aviso por escrito que dirija a La Compañía, en dónde especificará la forma en que desee se le haga la devolución de la prima que corresponda, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica. En caso de que no mencione la forma de pago, la Compañía procederá a expedir el cheque correspondiente, el cual podrá recoger en el domicilio de ésta señalado en la Carátula de la Póliza.

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

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

Cancelación del Contrato

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

- A. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la Carátula de la Póliza.
- B. Por el fallecimiento del Asegurado.
- C. Si el Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.

Renovación

Este Contrato de Seguro tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de la Póliza. La renovación automática sólo se realizará en caso de que a la fecha de renovación exista el mismo plan, así

como los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente. Sin perjuicio de lo anterior, a la renovación la Compañía podrá ajustar el monto de la prima a pagar y sumas aseguradas, en función de: (i) el aumento o disminución de la inflación anual publicada por el Banco de México, (ii) en función de la inflación general de salud calculada anualmente por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) con base en la información publicada por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI) o (iii) el ajuste inflacionario anual publicado por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática en el Diario Oficial de la Federación durante el mes de enero de cada año calendario, pudiendo ajustar con base en la que resulte mayor entre estos indicadores.

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

La Compañía se obliga a:

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

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

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

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Títulos y Definiciones

Los títulos y definiciones que se contienen en los encabezados de cada cláusula, se incluyen para una mejor referencia, por lo tanto, no modifican ni infieren en el significado ni términos a que se refieren expresamente las cláusulas de esta **Póliza**.

Pago de Primas

El Contratante pagará a La Compañía, por concepto de prima, el monto señalado en la Carátula de esta Póliza. La prima vencerá al inicio de vigencia de la Póliza, la cual se encuentra especificada en la Carátula. El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la fracción de ella en los casos de

pagos en parcialidades, **en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.**

En caso de siniestro ocurrido dentro del periodo de gracia señalado en el párrafo anterior, La Compañía deducirá de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de La Compañía, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará La Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de La Compañía, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia conforme a lo indicado en esta Póliza (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

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

Agravación del Riesgo

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

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo”. **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.
- II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante.

En caso de que el reclamante decida presentar su reclamación ante la CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En todo caso, quedará a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7,
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.
Teléfono: 800 006 3342
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com
Horarios de Atención: Lunes a Jueves 8:30 a 17:00 horas
Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

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

Prescripción

Conforme a la Ley del Contrato de Seguro las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en dos años, contados a partir, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

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

La prescripción se interrumpe no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

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.

Artículo 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 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

Entrega de Documentación Contractual

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía está obligada, en los contratos de adhesión que celebren bajo la

comercialización a través de medios electrónicos, o de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y 103, fracciones I y II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, a hacer del conocimiento del Contratante o Asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

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

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

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

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

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

- b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace referencia el párrafo anterior, deberá comunicarse al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.
- c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:
- i. Llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República.
 - ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente.
 - iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada.

- iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al **800 006 3342** en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Procedimiento en Caso de Siniestro

Pruebas

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberá ponerlo en conocimiento de la Compañía. El Asegurado gozará al efecto de un plazo máximo de 5 (cinco) días para el aviso de siniestro que deberá dar a la Compañía. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía la forma de declaración que para tal efecto se le proporcione, así como todos los documentos médicos relacionados con la cobertura afectada.

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

Documentos a presentar en caso de siniestros:

Para validar la veracidad de los hechos que dieron origen al padecimiento que derivó en una intervención quirúrgica, se solicitará lo siguiente:

- Historia clínica.
- Estudios de laboratorio y gabinete que ayuden a corroborar el padecimiento y el procedimiento médico quirúrgico.
- Estudios histopatológicos.
- Nota quirúrgica o resumen clínico con nota de ingreso enfatizando hora de inicio del tiempo quirúrgico.
- Constancia hospitalaria, con diagnóstico de ingreso y egreso.
- Comprobación de gastos.

Para los casos de atención en el extranjero, se solicitará adicionalmente con el objetivo de validar la veracidad de los documentos, el apostillado de documentos por las embajadas de países con los cuales se tiene relación, regulados por instrumentos de facturación a proveedores con formatos únicos como F-10, Esker, CBB ya sea de forma electrónica o tradicional. Adicionalmente:

1. Pasaporte vigente a la fecha de la intervención quirúrgica.
2. Visa del país de atención.
3. Comprobantes de formato migratorio para atención médica en el extranjero (sobre todo en los Estados Unidos de Norte América).
4. Facturas de gastos.

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

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

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

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

Formas de Indemnización

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la cobertura amparada por este seguro en una sola exhibición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba toda la documentación requerida para sustentar la reclamación y ésta resulte procedente.

Deducciones

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

Indemnización por Mora

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

Omisiones y/o Inexactas Declaraciones

El Contratante y el Asegurado, según corresponda, está(n) obligado(s) a declarar al momento de la celebración del presente del presente Contrato de Seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Vigencia del Contrato

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

Modificaciones

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

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

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

Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Compañía: <https://www.chubb.com/mx-es/condiciones-generales.aspx>

Liga a Cita de Perceptos Legales

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet

<https://www.chubb.com/mx-es/about-us/referencias-legales-y-abreviaturas-no-comunes.aspx>, sección "Referencias legales".

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de enero de 2022 con el número CNSF-S0039-0370-2021 / CONDUSEF-005061-02.

Consentimiento para la Entrega de la Documentación Contractual vía Correo Electrónico

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 este contrato de Seguro, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico _____.

Sí Acepto _____.

No Acepto _____.

Nombre y Firma del Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de enero de 2022 con el número CNSF-S0039-0370-2021 / CONDUSEF-005061-02.

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 de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión 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 de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A., en el correo electrónico unesegueros@chubb.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de enero de 2022 con el número CNSF-S0039-0370-2021 / CONDUSEF-005061-02.