

CONDICIONES GENERALES

SEGURO INDIVIDUAL /FAMILIAR DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

I. DEFINICIONES

Aseguradora

ACE Seguros S.A.

Contratante

Persona física o moral, que celebra el Contrato de Seguro y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas.

Familia Asegurable

Es titular, Cónyuge y cada uno de sus Dependientes que se indican en la carátula de la póliza.

Titular

Es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurada, que ha quedado registrado como tal y cuya edad se encuentra dentro de los límites establecidos por la Aseguradora.

Cónyuge

Se considera como cónyuge a la esposa o esposo del Asegurado Titular, o a falta de éste, con quien haya hecho vida marital durante los cinco años anteriores al fallecimiento (o evento indemnizable), o con quien haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio y cuya edad se encuentre dentro de los límites establecidos por la Aseguradora.

Dependientes

Sus hijos mayores de un mes y menores de 23 años, siempre y cuando sean dependientes económicos del Titular, que sean estudiantes de tiempo completo y no tengan ingresos por trabajo personal.

Asegurado

Cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que cumplen con los requisitos de elegibilidad por la Aseguradora y que a solicitud del Contratante, han quedado amparados bajo esta Póliza.

Accidente Amparado

Se extenderá aquel acontecimiento preveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

Se considera como accidente, entre otros casos:

- La muerte del Asegurado por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- La electrocución involuntaria.

Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado. Todos estos accidentes, entre otros, quedan amparados siempre y cuando la cobertura de la Póliza se encuentre en vigor al momento de realizarse el evento indemnizable.

Enfermedad Cubierta

Se entiende por enfermedades al conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales internas o externas, por los cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Pérdidas Orgánicas

Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa; o bien, su anquilosamiento total.

Pérdida de una mano	Su separación de la articulación carpo metacarpiana o arriba de ella, o la anquilosis de la articulación citada.
Pérdida de un Brazo	La amputación o anquilosis del brazo entre el hombro y el codo.
Pérdida de un Dedo.	La separación o anquilosis de dos falanges completas cuando menos.
Pérdida de un Pie.	Su separación o anquilosis de la articulación tibia tarsiana o arriba de ella y debajo de la rodilla.
Perdida de una Pierna.	La amputación o anquilosis del muslo entre la cadera y la rodilla.
Perdida de la Vista.	La pérdida completa y definitiva de la visión.

Transporte Público

Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares, por el cual se pague un boleto para dicho servicio.

Pasajero

Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación o ha liquidado el costo correspondiente.

Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente a la incapacidad que sufra el Asegurado a causa de un accidente o enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada) que le impida el desempeño de su trabajo habitual (remunerado) u ocupación de la que se pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social y cuando se compruebe que dicha imposibilidad es de carácter permanente y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Invalidez Temporal Total

Es la incapacidad total que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada), siendo

necesario que se encuentre interno en un hospital o recluso constantemente en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito; y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Invalidez Temporal Parcial

Es la incapacidad que sufra el Asegurado, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad (dependiendo de la cobertura contratada), para el desempeño de una o más de las actividades propias de su trabajo habitual (remunerado); y siempre que la invalidez haya sido continua durante el periodo de espera establecido, según haya contratado el Asegurado.

Gastos Médicos Cubiertos

Se entenderá por Gastos Médico Cubiertos, aquellos en que se incurra para la atención de lesiones en la persona del Asegurado, ocasionados por un Accidente y/o Enfermedad cubierto y que:

- a) Por prescripción Médica sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los cargos usuales y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios.
- b) Sean proporcionados por Instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares de Asegurado.

Gasto Usual y Acostumbrado

Es el promedio que resulte de considerar el costo que ofrecen los proveedores en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios médicos, eliminando las cuotas superiores e inferiores.

Padecimiento

Es una alteración de la salud del Asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico, y señale un diagnóstico médico definitivo.

Deducible

Cantidad fija a cargo del Asegurado por cada padecimiento. El seguro cubre los gastos procedentes a la cobertura a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la Póliza. El monto del deducible aparece en la Carátula de la Póliza.

Hospital

Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad

principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como se trate de un establecimiento para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos.

Periodo de Hospitalización

Es el periodo en que debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, sea estrictamente necesario permanezca un Asegurado internado en un Hospital. Este periodo deberá ser mayor de 24 horas.

Periodo de Convalecencia Domiciliada

Es el periodo en que el Asegurado debe permanecer constantemente recluso en su domicilio, por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Periodo de Espera

Es el periodo interrumpido que debe tener de vigencia la Póliza para que sean cubiertos algunos padecimientos excluidos al inicio de la misma.

En caso de los beneficios para invalidez, se refiere al periodo continuo en estado de invalidez desde la fecha que en que ocurrió el accidente amparado o la enfermedad cubierta.

En caso de los beneficiarios de indemnización diaria por hospitalización, se refiere al periodo continuo que el Asegurado debe permanecer internado en un Hospital a causa del accidente amparado o enfermedad cubierta.

Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma y que no sea la persona asegurada o miembro de la familia del mismo.

Cáncer

Es la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia (que no sea la leucemia crónica linfática), pero **excluye cáncer no-invasivos in situ, tumores como consecuencia del virus de inmunodeficiencia humana, y cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.**

El diagnóstico Clínico debe estar fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico Histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospecho.

Afecciones de Arterias Coronarias que requiera Puente Coronario.

Es la estenosis u oclusión de las arterias coronarias que requieren de una intervención quirúrgica de puente coronario (conocido como By-Pass). La necesidad de intervención quirúrgica deberá comprobarse a la Aseguradora mediante el resultado de la angiografía coronaria y el informe del médico tratante.

Infarto al Miocardio

Es la necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las Enzimas Cardíacas en la Sangre Periférica.

Para el pago de esta cobertura se procede siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).

Terapia Intensiva

Gastos y cuidados especiales posteriores a alguna intervención quirúrgica que sean necesarios y por prescripción del médico tratante.

Padecimientos Preexistentes

Son aquellos que:

- Con anterioridad a celebración del contrato, un médico haya determinado la preexistencia, mediante diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo, o
- Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico, así lo determine. Por perito médico, se entenderá al que designen las partes.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Institución de Seguros, en acudir a un arbitraje privado.

La Institución Aseguradora, acepta que si el reclamante acude a esa instancia se somete a comparecer ante este Árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este

procedimiento no tendrá costo alguno para reclamante y en caso de existir será liquidado por la Institución Aseguradora.

Endoso

Documento emitido por la Aseguradora que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones originales del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

País de Residencia

Para efecto de esta póliza, significa el país donde la persona asegurada es un residente permanente, que posee un pasaporte válido emitido por dicho país y en el cual reside principalmente y es empleado (si trabaja) por un periodo de por lo menos seis meses consecutivos del año calendario. Así mismo, significa cualquier otro país en el que la persona se asignada, en donde se encuentre por negocios o cualquier otro país donde resida por un periodo de mas de 30 días.

Accidente Cerebro-Vascular

Es la alteración súbita de las funciones cerebrales originales por una deficiente circulación sanguínea, que produce secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas y que incluye cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Infarto de tejido cerebral
- b) Hemorragia cerebral
- c) Embolia de fuente extracraneal

Adicionalmente, deberá presentarse evidencia de un déficit neurológico por lo menos de tres meses.

EXCLUSIONES

Los síndromes similares a los Ataques Isquémicos Transitorios (AIT) y Accidentes Cerebro-Vasculares resultantes de una herida craneal o de una condición que demande la necesidad del espacio intra-craneal, como los abscesos, hemorragias y tumores, están excluidos.

II. GENERALIDADES

Contrato

La Póliza, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y los endosos de que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

Rectificación de la Póliza

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 consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus plazo, se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

Modificaciones del Contrato

Este contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El agente o cualquier otra persona no autorizada por la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya se por parte del Asegurado o de la Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago. Si el seguro se pactara en otra moneda, los pagos correspondientes se harán en el equivalente en Moneda Nacional, al tipo de cambio que publique el Banco de Mexico en el Diario Oficial de la Federación en el momento en que se efectúen los pagos.

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora por cada Asegurado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada.

Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de esta Póliza.

Competencia

En esta controversia, el quejoso podrá valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Interés Moratorio

Si la Aseguradora no cumple con sus obligaciones bajo este Contrato, deberán pagar al acreedor una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Territorialidad

El presente contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales.

Carencia de Restricciones

Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida de los Asegurados, posteriores a la contratación de la póliza.

Indisputabilidad

Esta Póliza será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la póliza, en el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha que quedó Asegurado.

En caso de rehabilitación de la póliza, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Aseguradora.

Beneficiarios

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier Asegurado puede cambiar a sus Beneficiarios designados mediante notificación por escrito a la Aseguradora.

El derecho de revocación de Beneficiarios cesará cuando el Asegurado haga renunciar de él, haciendo una designación irrevocable y notificándolo por escrito al Aseguradora y al beneficiario irrevocable. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

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

Cuando haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrato, 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, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

Si el beneficiario que se está pagando por parte de la Aseguradora es en forma de rentas mensuales (sólo para las coberturas que aplica) entonces el o los beneficiarios que la empiecen a recibir deberán nombrar por su parte sus propios beneficiarios para que en el

caso de su fallecimiento, la mensualidad se siga pagando a sus beneficiarios.

Advertencias:

En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad 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 el 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.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contrato y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración el Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Edad

Cuando se comprueba que hubo una inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el seguro, a no ser que la edad real al tiempo de celebración del contrato, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por esta; pero en este caso, se devolverá al Contratante el importe de la reserva de riesgos en curso que corresponda a la fecha de su rescisión.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse legalmente cuando así lo juzgue necesario la Aseguradora, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza, o le extenderá otro comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la 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.
- b) Si la aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud sobre la indicación de la edad del Asegurado, tendrá derecho de repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo 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 Aseguradora 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 de Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

En todos los casos la tarifa aplicable será la que se encuentre vigente a la fecha de celebración del contrato.

Edades de aceptación

Titular y Cónyuge. La edad mínima de aceptación será de 18 años mientras que la edad máxima de aceptación será de 65 años con renovación hasta los 69 años; excepto para las coberturas de invalidez cuya edad máxima de aceptación es de 59 años y renovación hasta los 60 años.

Dependientes. La edad mínima de aceptación será de un mes, excepto para las coberturas de muerte accidental e invalidez, cuyas edades mínimas serán de 12 y 15 años respectivamente. La edad máxima de aceptación será de 23 años, siempre y cuando cumplan con lo establecido en la definición de dependientes.

Estas edades pueden ampliarse bajo convenio expreso con la Aseguradora.

III. VIGENCIA DEL CONTRATO

Periodo del Seguro

Las partes convienen que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación, coinciden siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la carátula de la póliza.

Fecha de inicio de Vigencia

A las doce horas de la fecha de vigencia que aparece en la carátula de la póliza

Fecha de Fin de Vigencia

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las doce horas de la fecha correspondiente:

- a) Al término del periodo del seguro
- b) A falta de pago de primas, la vigencia del contrato finaliza a las doce horas de la fecha en que termine el término convenido para el pago de las primas señaladas en la carátula de la póliza.
- c) El contratante puede cancelar este contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que el Asegurado reciba el documento; para lo cual, la Aseguradora se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del contrato.

Renovación Automática

Si dentro de los últimos 30 días anteriores al término de la vigencia de la póliza el Contratante o la Aseguradora no comunicara a la otra parte su deseo de no renovar la póliza, se entenderá que la misma queda renovada automáticamente por un término igual al contratado originalmente, contando a partir de la fecha de vencimiento de la póliza y en las mismas condiciones en que fue pactado, siempre que las condiciones de riesgo manifestadas originalmente se mantengan y no hayan sido agravadas, siendo obligación del contratante manifestar por escrito cualquier modificación a las condiciones de riesgo originales.

En cada renovación se aplicará la prima de tarifa que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas conforme a la edad alcanzada por cada asegurado siempre y cuando dicha edad no sea mayor al límite máximo establecido en la cláusula edades de aceptación.

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

IV. PROCEDIMIENTOS

Cesión

Los derechos derivados de este Contrato podrán ser transmitidos sólo mediante declaración por escrito hecha por el cedente y por el cesionario en la póliza respectiva, y notificación a la Aseguradora por medio de una constancia suscrita por dichas partes.

Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula Término Para el Pago de la Prima y Primas, el Contratante podrá dentro de los treinta días siguientes al último día del término convenido señalando en la carátula de la póliza para el pago de la prima, cubrir la prima de este seguro o la parte

correspondiente de ella si ha pactado su pago fraccionado; en este caso y si la Familia Asegurable sigue cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, por el solo hecho de pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y días señalados en el comprobante de pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del término convenido señalando en la carátula de la póliza el pago de la prima y la hora y el día en que surte efectos la rehabilitación. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito se 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 confórmela artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

En caso de que no consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las doce horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacer constar la Aseguradora en el recibo que sea emitido como motivo de pago correspondiente y en cualquier otro momento documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso la Aseguradora responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima y la hora y el día de pago a que se refiere esta carátula.

Altas y Bajas

1. Altas

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Cónyuge o Dependiente podrá ser incluida en las coberturas de la presente Póliza mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Aseguradora.

Si el Cónyuge del Titular es Asegurado, los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta Póliza serán amparados desde la fecha que cumplan un mes de nacidos, sin más requisitos que la solicitud de su Alta presentada a más tardar en 30 días para el análisis de su cobertura y en su oportunidad se deberá pagar la prima que corresponda a lo establecido en el apartado denominado Primas.

2. Bajas

Se excluirán de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los Dependientes del Titular que:

- Contraigan matrimonio.
- Cumplan 19 años de edad, o 23 en el caso de que sean estudiantes y solteros.

- Obtengan ingresos por trabajo personal.
- Dejen de depender económicamente de él.

Así mismo, se excluirán de la cobertura al cónyuge, en caso de que se separe legalmente de él.

Primas

El contratante será el único responsable ante la Aseguradora del pago de totalidad de prima.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido en la carátula de la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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 el mayor previsto en este párrafo.

La forma y el término para el pago de las primas será de conformidad con lo que se establezca en carátula de la póliza.

Si el Contratante, de acuerdo a las políticas de la Aseguradora, opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por perdidos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes, en la fecha de celebración del Contrato.

La prima de cada vencimiento será dada a conocer por la Aseguradora, ésta se basa en la actividad básica de los Asegurados, la suma asegurada en vigor y la edad alcanzada para cada miembro de la Familia Asegurable.

Los ajustes que sea necesario efectuar a la prima con motivo de altas y bajas que ocurren durante la vigencia del seguro, se harán de la siguiente manera:

La tarifa con la cual se calculen las primas, será la que a la fecha del cálculo esté vigente en la Aseguradora y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En caso de que el pago de la prima se realice a través de cargos automáticos a tarjeta de crédito o débito, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

Término para el Pago de la Prima

Si no hubiese sido pagada la prima, dentro del término convenido señalado en la carátula de la póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

La falta de pago de la prima no será motivo inmediato de la cancelación de la presente Póliza, pues ésta continuará

en vigor por término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima.

Si durante el término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de la prima y por causa de ocurrir un accidente o enfermedad amparado a algún miembro de la Familia Asegurable que de lugar al pago de una indemnización por parte de la Aseguradora, ésta tendrá derecho a deducir la prima que se haya vencido, liquidando el importe restante al Asegurado o a sus beneficios, según corresponda.

Una vez transcurrido el término convenido señalado en la carátula de la póliza para el pago de las primas sin que se hayan pagado la prima, la Póliza quedará sin ningún valor, pudiendo sin embargo rehabilitarse posteriormente.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en la Póliza y a falta de convenio expreso, en las oficinas de la Aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

Cancelación del Seguro

a) A petición del Contratante:

El Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora. La cancelación será efectiva de la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.

b) Cancelación Automática:

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

- Fallecimiento del Titular
- Que por voluntad del Contratante la prima no sea pagada, sin perjuicio de lo señalado en el apartado denominado "Término para el Pago de la Prima"
- Si por causa imputable al Asegurado no puede hacerse el cargo del pago de la prima a la tarjeta de débito o de crédito, en caso de que sea su forma de pago.
- Que el Asegurado ya no encuentre dentro del rango de edad establecido por la Aseguradora.

V. ADMINISTRACION DE INDEMNIZACIONES

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 (cinco) días siguientes al día que tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlos tan pronto como cese

uno u otro y de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre Contrato del Seguro.

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, acerca del hecho que genere la reclamación.

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

No se hará, por parte de la Aseguradora, ningún pago por servicio en establecimiento de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualquier otro semejante donde no se exija remuneración.

Liquidación

Los últimos Beneficiarios designados tendrán derecho a cobrar directamente de la Aseguradora, la suma asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece la póliza no concuerda con la regla para determinarla, la Aseguradora pagará la suma que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente.

La Aseguradora pagará al Asegurado, en vida de éste, o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento, la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas a fin de documentar la reclamación.

Deducción

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

Otros Seguros

Cuando se contrate con varias empresas en seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los asegurados, la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas (Artículo 100 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), lo anterior únicamente será aplicable para los beneficios de gastos médicos.

Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para

obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones (Artículo 101 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100 de la Ley sobre Contrato de Seguro, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán validados y obligarán a cada una de las empresas aseguradas hasta el valor integro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado (Artículo 102 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra los demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas (Artículo 103 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

VI. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS

1. Beneficios por Muerte Accidental

Indemnización por Muerte Accidental

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados de la suma asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente amparado, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, cualquiera de los Asegurados fallecen.

➤ **Renta Mensual por Muerte Accidental**

Si el asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Beneficiario recibirá la suma asegurada a través de una renta mensual, contratada para esta cobertura, durante el plazo estipulado en la carátula de la Póliza. Este beneficio será aplicable si se especifica en la carátula de la póliza y reemplazará al beneficio pagadero en una sola exhibición. De no ser especificado éste aplicará el de una sola exhibición.

➤ **Cobertura Conyugal**

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el doble de la renta mensual por Muerte Accidental si el Asegurado y si Cónyuge fallecen a consecuencia del mismo accidente cubierto.

Indemnización por Muerte Accidental en Transporte Público

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados como consecuencia directa de un accidente amparado, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo; siempre y cuando, el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con boleto pagado en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros.

Indemnización por Muerte Accidental en Tránsito.

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados como consecuencia directa de un accidente amparado, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo:

- Al encontrarse como conductor u ocupante en un vehículo privado o en un automóvil de alquiler.
- Al ser atropellado por cualquier de vehículo al ir como peatón en la vía pública.

La siguiente cláusula aplicará para todos los beneficios por Indemnización por Muerte Accidental.

Nulidad

Estas coberturas no amparan a Asegurados cuya edad sea menor de 12 años.

2. Beneficios por Pérdidas Orgánicas

Indemnización por Pérdidas Orgánicas

Cuando el Asegurado sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y que se encuentre contenida en la escala de indemnización, la Aseguradora pagará el porcentaje de la suma asegurada de que acuerdo a la escala corresponde a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la Póliza. La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

Las tablas de indemnización que se podrán utilizar son las siguientes:

Escala A

Perdidas Sufrida	%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
La vista de un ojo	30
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10

Escala B

Perdidas Sufrida	%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100
Una mano	50
Un pie	50
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30
La vista de un ojo	30

Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30
Sordera completa de los oídos	25
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20
El pulgar de cualquier mano	15
El índice de cualquier mano	10
El dedo medio, el anular o el meñique	5

Tabla 100/50

Perdidas Sufrida	%
Ambas manos	100
Ambos pies	100
Ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100
La audición y el habla	100
Una mano o un pie	50
La audición o el habla	50
La vista de un ojo	50
El dedo y el pulgar y el índice de la misma mano	50

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Indemnización por Pérdidas Orgánicas en Transporte Público

Cuando el Asegurados sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, la Aseguradora pagará e porcentaje de la suma asegurada de acuerdo a la escala corresponda a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la Póliza; y el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con boleto pagado en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros. La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá

el derecho de práctica, a su costa, un examen médico al Asegurado.

Indemnización por Pérdidas Orgánicas en Transitó

Cuando el Asegurado sobreviva a un accidente amparado, pero como efecto de éste sufra una pérdida orgánica dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y que se encuentre contenida en la escala de indemnizaciones, la Aseguradora pagará el porcentaje de la suma asegurada que de acuerdo a la escala correspondiente a tal pérdida, siempre y cuando este beneficio se encuentre amparado en la carátula de la Póliza; y el evento ocurra mientras el Asegurado:

- Se encuentre como conductor u ocupante en un vehículo privado o en un automóvil de alquiler.
- Sea atropellado por cualquier clase de vehículo al ir como peatón en la vía pública.

La indemnización se efectuará al propio Asegurado.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá del 100% de la suma asegurada contratada para esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas en las especificadas. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Aseguradora tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al Asegurado.

3. Beneficios por Invalidez Total y Permanente

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente y dicha incapacidad es continua por el período de espera que se estipula en la carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura.

➤ Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente y dicha incapacidad es continua por el período de espera contratado, la Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura a través de una renta mensual durante el plazo estipulado en la carátula de la Póliza.

➤ Cobertura Conyugal

La Aseguradora pagará el doble de la renta mensual por Invalidez Total y Permanente de esta cobertura si el Asegurado y su Cónyuge sufre un de invalidez total y permanente a consecuencia del mismo accidente cubierto.

Comprobación del Estado de Invalidez

El estado de Invalidez Total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Esta podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de

una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total.

Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Invalidez Total, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

4. Invalidez Temporal Total o Parcial

Indemnización Diaria por Invalidez Temporal Total o Parcial a causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualquiera otra causa, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, sufriera:

- Un estado de invalidez temporal total, la Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un periodo que no excederá de 1,460 días, contados desde la fecha del accidente.
- Un estado de invalidez temporal parcial, la Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, el 40% de la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un período no excederá de 182 días.

Si dicha incapacidad es continua por el periodo de espera que se estipula en la carátula de la Póliza, la Aseguradora pagará después de dicho periodo y mientras subsista el estado de invalidez que se trate, hasta la suma asegurada de esta cobertura.

Indemnización Diaria por Invalidez Temporal Total a causa de Accidente o Enfermedad

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto o de una enfermedad cubierta, y dentro los 90 días siguientes a la fecha de ocurrencia o de su primer diagnóstico según sea el caso, el Asegurado, sufriera un estado de invalidez total temporal, la Aseguradora pagará una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de esta póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el periodo de beneficio.

Si el estado de invalidez sufrido por el Asegurado es consecuencia directa de un accidente, la indemnización Diaria será reducida al 50% a partir de la fecha en que el Asegurado se pueda dedicar parcialmente a su actividad.

Se establece un periodo de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado sufra el estado de invalidez total temporal que dé lugar a la indemnización, limitándose, a un máximo de 730 días.

Indemnización Diaria por Invalidez Total Temporal a causa de Accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualesquiera otra causa, el

Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, sufriera un estado de invalidez temporal total y si dicha incapacidad es continua por el periodo de espera que se estipula en la carátula de la póliza, la Aseguradora pagará después de dicho periodo y mientras subsista el estado de invalidez total temporal, la Indemnización Diaria de esta cobertura, por un periodo que no excederá de 1,460 días, contados des de la fecha del accidente.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Invalidez Temporal Total o Parcial.

Incapacidades Sucesivas

En el caso que el Asegurado sufra una invalidez total temporal a causa de un mismo accidente separada por intervalos menores a un año, cada periodo de invalidez será considerado como continuación del anterior, a afecto de computar el periodo máximo de beneficio correspondiente.

En caso de ocurrir una hospitalización sucesiva después de 12 meses, independientemente de que haya sido accidente o enfermedad el motivo de la misma, el periodo máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

Nulidad

Estas coberturas no surtirán efecto si el Asegurado no tiene una actividad permanentemente y remunerada en el momento en que sufra algún estado de invalidez temporal.

En caso de que tengan contratadas simultáneamente cualquier cobertura de invalidez temporal junto con una invalidez total y permanente, se aplicará el siguiente procedimiento:

Si en primer instancia se le diagnostica al Asegurado invalidez total o parcial temporal, pero posteriormente (dentro de los 90 días siguientes al accidente o enfermedad, según se hayan contratado), dicho diagnóstico cambia a invalidez total y permanente, entonces se pagará la suma asegurada que corresponde al beneficio de invalidez total y permanente, pero descontando de dicho pago, las cantidades que esta Aseguradora haya pagado al Asegurado por el beneficio de invalidez temporal.

La suma del asegurado por el beneficio de invalidez total y permanente siempre deberá ser mayor o igual a la suma asegurada máxima a pagar por el tiempo de invalidez temporal.

Comprobación de Estado de Invalidez

El estado de invalidez total deberá ser comprobado por el Asegurado con pruebas presentadas a la Aseguradora. Esta podrá cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez total. Si éste se niega a esta comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total, cesarán

automáticamente los beneficios que concede esta cobertura.

5. Beneficio por gastos Médico

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada contratando en esta cobertura, los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicio y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo.

Reembolso de Gastos Médicos Quirúrgicos

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada contratada en esta cobertura y conforme a lo estipulado en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas, los gastos médicos en que incurra por o a cuenta del Asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto o enfermedad cubierta que:

- Requiera de intervención quirúrgica, prescrita por un médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.
- Sean proporcionados por instituciones y/o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del Asegurado.
- Sean a consecuencia directa de la cirugía practicada, mientras el Asegurado se encuentre como paciente interno en un hospital.

Las intervenciones realizadas que no se encuentren en la referida Tabla de Operaciones Quirúrgicas, se valorarán por similitud a las comprendidas en ella. Cuando se realicen dos o mas operaciones durante la misma sesión quirúrgica, el reembolso máximo será el que resulte de aplicarle a la suma asegurada contratada en esta cobertura el mayor de los porcentajes estipulados en la tabla para la diferentes operaciones.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Reembolso de Gasto Médicos:

Periodo de Beneficios

Mientras se mantenga la vigencia interrumpida de la póliza para cada asegurado los gastos por cada enfermedad o accidente se continuarán pagando hasta agotar la suma asegurada. Si la Póliza no se renueva y existieran gastos erogados por conceptos de padecimientos o tratamientos iniciados en vigencia anteriores, estos se cubrirán hasta que se agote el remanente de suma asegurada contratada en vigencia correspondiente o hasta 365 días contando a partir de la fecha del primer gasto erogado, lo que ocurra primero.

Gastos Cubiertos

Los gastos cubiertos por la Aseguradora al asegurado por la prestación de servicios prescritos por el Médico tratante son:

- a) Los gastos por honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- b) Los gastos por internación Hospitalaria y el uso del Quirófano (Habitación privada o standard).
- c) Los gastos de anestesiastas, exámenes, o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio, indispensables para el tratamiento médico del asegurado.
- d) Los gastos por enfermera, máximo 3 turnos por día, durante 30 días.
- e) Los gastos por servicio de ambulancia, hasta un máximo de 25% se la suma asegurada.
- f) Los gastos de fármacos, medicamentos y materiales curativos.

Los gastos anteriores no deberán resultar en exceso de los costos usuales y acostumbrados en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios médicos, ni en exceso de los cobrados normalmente por el servicio médico respectivo.

Padecimientos cubiertos con Periodo de Espera

Se cubren los gastos médicos de los siguientes padecimientos, siempre y cuando las primeras manifestaciones se presenten después del periodo de espera que se indica de acuerdo al padecimiento:

- Tratamiento de intervención quirúrgica debido a amigdalitis, adenoiditis o hernias -4 meses de periodo de espera.
- Tratamiento o intervención quirúrgica por afecciones o lesiones en cualquier órgano del aparato reproductor femenino – 6 meses de periodo de espera.

Responsabilidad Máxima

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para cada esta cobertura.

******Tabla de operaciones quirúrgicas******

6. Beneficio por Hospitalización

Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente o Enfermedad

La Aseguradora pagará, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en la carátula de esta Póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el periodo del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado por un mínimo de 24 horas en un hospital a consecuencia de un Accidente amparado o Enfermedad cubierta por esta Póliza.

Las coberturas adicionales para este beneficio son:

- **Beneficio Conyugal** – La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si el Asegurado y su Cónyuge son hospitalizados

simultáneamente. Este beneficio termina en cuanto alguno de los cónyuges salga de Hospital.

- **Beneficio por Terapia Intensiva** – La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el periodo en que se utilice la Unidad de Terapia Intensiva, si a consecuencia del Accidente amparado o de la Enfermedad cubierta que motivó la hospitalización del Asegurado fuere necesario el uso de dicha unidad.

- **Beneficio por Cáncer** – La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si la hospitalización del Asegurado es a consecuencia de Cáncer, siempre que ésta se deba a un primer diagnóstico. Este beneficio será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza.

- **Beneficio por Afecciones Cardíacas** – La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura si la hospitalización de Asegurado es a consecuencia de un infarto al miocardio o una afección de Arterias coronarias que requiera puente coronario, siempre que ésta se deba a primer diagnóstico. Este beneficio será efectivo una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza.

- **Beneficio por Accidente Cerebro-Vascular** – La Aseguradora pagará por Indemnización Diaria de esta cobertura si la hospitalización del Asegurado es a consecuencia de un infarto al miocardio o una afección de Arterias coronarias que requiera puente coronario será una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula de la póliza.

- **Beneficio por Hospitalización en el Extranjero** – La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura, si el Asegurado se Hospitaliza fuera de su país de residencia durante el transcurso de un viaje.

- **Beneficio por Hospitalización a causa de Accidente** – La Aseguradora pagará el doble de la Indemnización Diaria de esta cobertura, si el Asegurado se encuentra hospitalizado a causa de un accidente amparado.

Indemnización Diaria por Hospitalización a causa de Accidente

La Aseguradora pagará, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado de la carátula de esta Póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el periodo del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado por un mínimo de 24 horas en un hospital a consecuencia de un Accidente amparado de esta Póliza.

Las siguientes cláusulas aplicarán para todos los beneficios por Indemnización Diaria por Hospitalización.

Periodo de Beneficio:

Por cada Accidente o Enfermedad cubierta, se establece en periodo de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, limitándose a un máximo de 365 días.

Hospitalizaciones Sucesivas:

En el caso de hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo Accidente y/o Enfermedad, separadas por intervalos menores a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de 365 días.

En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva después de transcurrir 12 meses, Independientemente de que haya sido un accidente o enfermedad el motivo de la misma, el periodo máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

VII. EXCLUSIONES

A. Para todas las coberturas

Accidentes que se originen por la participación de Asegurado en:

1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución
2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado
3. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas por la transportación regular de pasajeros
4. Carreras, pruebas o contenidas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto acompañante
5. Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos, ya sea como piloto o pasajero, excepto si es ocasional o amateur.
6. Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo
7. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
8. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas,
9. Curas de reposo o exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up

10. Tratamiento de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente

11. Riña, cuando él la haya provocado

12. Cualquier forma de navegación submarina

B. Para las coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas:

1. Enfermedad corporal o mental
2. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un accidente
3. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental
4. Abortos, cualquiera que se su causa, con excepción de los que acontezcan como resultado de un accidente
5. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental
6. Muerte o lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado de alcohólico o por el uso de estimulantes, enervantes, drogas o similares, no prescritos por un médico.
7. La muerte o cualquier pérdida que se manifieste con posterioridad a 90 días después de ocurrido el Accidente.

C. Para las coberturas de Invalidez Total o Parcial:

1. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.

D. Para las coberturas de Gastos Médicos y Hospitalización:

Los gastos incurridos o indemnizaciones a consecuencia de:

1. Cualquier tratamiento relacionado con Padecimientos Preexistentes a la fecha en que inicie al vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.
2. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesáreas o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente
3. Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica debidos a Amigdalitis, Adenoiditis o Hernias, salvo que el Asegurado haya estado amparado ininterrumpidamente durante los cuatro meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión

4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales**
 5. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH+**
 6. **Tratamiento de enfermedades que son transmitidas sexualmente**
- E. Para Reembolso de Gastos Médicos Quirúrgicos:**

Los gastos incurridos por:

1. **Tuberculosis pulmonar, una vez diagnosticado como tal**
2. **Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica por afecciones o lesiones en cualquier órgano del aparato reproductor femenino, salvo que el Asegurado haya estado ininterrumpidamente durante seis meses previos a la fecha en que se practique la intervención o se proporcione el tratamiento en cuestión**

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0098-0595-2003 de fecha 22 de Octubre de 2003.”

**ACE SEGUROS, S.A.
EDIFICIO CAPITAL REFORMA
AV. PASEO DE LA REFORMA 250,
TORRE NIZA, PISO 15,
COL. JUÁREZ, DEL. CUAUHTÉMOC
C.P. 06600, MÉXICO, D.F.**



**SEGUROS DE ACCIDENTES Y
ENFERMEDADES
CLÁUSULA OFAC**

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL



ACE Seguros S. A.

SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CLÁUSULA OFAC

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0039-0135-2014 de fecha 08/10/2014.

AVISO DE PRIVACIDAD

ACE Seguros S.A., en adelante ACE con domicilio establecido en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., es el responsable del tratamiento de sus datos personales, incluso los sensibles y patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, los que serán utilizados para las siguientes finalidades:

- 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. Llevar a cabo la prestación de servicios requerida,
- 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 ACE 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 ACE, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como aseguradora.

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de ACE, o las empresas que forman parte del grupo ACE 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 ACE o las empresas que forman parte del grupo ACE en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de ACE, o las empresas que forman parte del grupo ACE en México y alrededor del mundo; (iv) usos estadísticos y para medir la calidad de los servicios de ACE; (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 referidas en el párrafo anterior, no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre ACE y usted, por lo que podrá manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para estos efectos; por escrito en el domicilio de ACE o al correo electrónico acedatospersonales@acegroup.com

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 ACE para las finalidades establecidas y para poder cumplir con nuestras obligaciones contractuales y/o legales.

Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.acegroup.com/mx

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.

Unidad de Atención a Clientes

Encargado: Héctor Almaguer Carranza

Dirección: Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 horas.

correo electrónico: acedatospersonales@acegroup.com