



**SEGURO DE
INVALIDEZ POR ACCIDENTE
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

ACE Seguros S.A.

**SEGURO DE INVALIDEZ
POR ACCIDENTE**

TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE

CONDICIONES CONTRACTUALES

SECCIÓN PRIMERA	4
DISPOSICIONES PARTICULARES	4
CLÁUSULA 1ª. BASES CONTRACTUALES	4
CLÁUSULA 2ª. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS	4
CLÁUSULA 3ª. DEFINICIONES	5
CLÁUSULA 4ª. EXCLUSIONES	6
CLÁUSULA 5ª. ADMINISTRACIÓN DE INDEMNIZACIONES	7
CLÁUSULA 6ª. PROCEDIMIENTOS	8
 SECCIÓN SEGUNDA	 10
DISPOSICIONES GENERALES	
CLÁUSULA 1ª. PRIMA	10
CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN	11
CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO	11
CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO	11
CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES	12
CLÁUSULA 6ª. NOTIFICACIONES	12
CLÁUSULA 7ª. COMPETENCIA	12
CLÁUSULA 8ª. INTERES MORATORIO	13
CLÁUSULA 9ª. PRESCRIPCIÓN	13
CLÁUSULA 10ª ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	13
CLÁUSULA 11ª DERECHO DEL CONTRATANTE A SER INFORMADO	13
CARÁTULA DE LA PÓLIZA	14
CERTIFICADO INDIVIDUAL	15
REVERSO DEL CERTIFICADO	16
SOLICITUD	17
CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL	18

SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. BASES CONTRACTUALES

ACE Seguros, S. A., en adelante denominada la Aseguradora, con sujeción a lo estipulado en esta póliza y siempre y cuando la misma se encuentre en vigor, pagará al Asegurado la Suma Asegurada que corresponda a las coberturas contratadas en los términos definidos en esta póliza.

CLÁUSULA 2ª. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El Contratante tiene la opción de elegir cuáles de las coberturas que más abajo se describen, quiere integrar en la póliza; su elección se hace constar en su carátula en el cuadro de coberturas aseguradas y sus límites:

2.1 Pago de la suma asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente.

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 continúa en tal estado por un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha en que se declare médicamente la invalidez y antes de cumplir los sesenta (60) años de edad, la Aseguradora pagará al Asegurado en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para esta cobertura.

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

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del mismo sufra:

- a. Un estado de invalidez temporal total. La Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, el monto de la renta mensual vencida contratada, por un periodo que no excederá de dos (2) años, contados a partir de la fecha del accidente.

Si el estado de invalidez temporal total evoluciona a un estado de invalidez temporal parcial antes de que se cumpla el plazo de dos (2) años aludido en el párrafo anterior, la Aseguradora continuará el pago de la renta mensual vencida disminuida al cuarenta por ciento (40%) de su monto en tanto subsista el estado de invalidez temporal parcial o hasta completar seis (6) meses más, o terminar el plazo de dos (2) años; lo que ocurra primero.

- b) Un estado de invalidez parcial. La Aseguradora pagará, mientras subsista dicho estado, el cuarenta por ciento (40%) de la indemnización de la renta mensual vencida por invalidez temporal total contratada, por un período que no excederá de seis (6) meses.

La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a un (1) mes se pagará a razón de un trigésimo (1/30) del pago mensual aplicable por cada día que el Asegurado permanezca en estado de invalidez temporal total o parcial.

CLÁUSULA 3ª DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente Contrato de Seguro, las siguientes palabras o frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente:

1. Aseguradora
ACE Seguros, S.A.
2. Asegurado
Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y que puede tener el carácter de titular cuando así aparezca en la carátula de la póliza, o de familiar cuando aparezca en el endoso de inclusión de familiares y en el certificado correspondiente.
3. Contratante
Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las Primas.
4. Accidente Cubierto
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se consideran accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
5. Convalecencia
Es el periodo que el Asegurado debe permanecer constantemente recluso en su domicilio, por prescripción de un médico, exceptuando las salidas que haga de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.
6. Invalidez Temporal Parcial por Accidente
Es la imposibilidad temporal a consecuencia de un Accidente cubierto que sufra el Asegurado para desempeñar una o más actividades propias de su trabajo habitual.
7. Invalidez Temporal Total por Accidente
Es la incapacidad temporal total que imposibilita al Asegurado para desempeñar su trabajo habitual, a causa de un Accidente cubierto, siendo necesario que se encuentre internado en un hospital o esté en convalecencia.
8. Invalidez Total y Permanente por Accidente
Es la incapacidad en forma total que subsiste después de un período continuo de seis (6) meses sufrida por el Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto, para desempeñar su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y que presumiblemente perdurará mientras viva.

También se considerarán estados de invalidez total y permanente por accidente sin que opere el periodo de espera de seis meses, los siguientes eventos:

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

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

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, además de lo establecido en la cláusula de Pruebas, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la

Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

9. Incapacidades sucesivas

- 1) En caso de que el Asegurado sufra una invalidez total temporal a causa de un mismo accidente separado por intervalos menores a un año, cada periodo de invalidez será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de dos años.
- 2) En caso de que el Asegurado sufra una invalidez parcial temporal a causa de un mismo accidente separado por intervalos menores a un año, cada periodo de invalidez será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de seis meses.

10. Póliza

Es el testimonio del contrato celebrado entre la Aseguradora y el Contratante el cual se integra por la póliza, sus endosos, anexos, la solicitud del seguro y cualesquier otro cuestionario firmado por el Contratante y/o Asegurado relacionado con la apreciación del estado de salud del Asegurado.

11. Prima neta

Se define como prima neta a la cantidad a cargo del contratante antes del Impuesto al Valor Agregado.

CLÁUSULA 4ª EXCLUSIONES

- 1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:**
 - a) **SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.**
 - b) **ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- 2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:**
 - a) **AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.**
 - b) **PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
 - c) **CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.**
 - d) **PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO, Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.**
- 3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**
- 4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE.**
- 5. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.**
- 6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**
- 7. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.**
- 8. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.**
- 9. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR EN ESTADO ALCOHÓLICO O POR EL USO DE ESTIMULANTES, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- 10. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.**

CLÁUSULA 5ª. ADMINISTRACIÓN DE INDEMNIZACIONES

1 Aviso

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

2 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 reclamaciones indicadas.

3 Pago

La indemnización que proceda será pagada dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

En el caso de Indemnizaciones que se consignan por día, el pago se realizará por períodos mensuales vencidos, o bien por el número de días si es que el período de indemnizaciones pendientes es menor.

4 Deducciones

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

5 Cambio de beneficiarios

Cualquier Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer una nueva designación a la Aseguradora, la cual pagará cualquier reclamación procedente pendiente, a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación.

6 Otros Seguros

En caso de que cualquier Asegurado esté cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Aseguradora, se considerará asegurada a esa persona únicamente por la póliza que provea mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora considerará que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de ambas situaciones, la Aseguradora, devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Contratante por concepto de las primas correspondientes respecto de las pólizas de este tipo que la Aseguradora haya emitido.

7 Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o por parte de la Aseguradora, se verificarán en Moneda Nacional en los términos de la Ley monetaria Vigente en la fecha del pago. Los pagos en moneda extranjera serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en la fecha en que se efectúe el pago.

CLÁUSULA 6ª. PROCEDIMIENTOS

1 Terminación de Cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará al aniversario inmediato posterior en que éste cumpla sesenta (60) años de edad.

2 Renovación

Para cada uno de los asegurados este Seguro podrá ser renovado por periodos de un año, siendo posibles las renovaciones hasta la edad de sesenta (60) años. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos treinta días antes de la fecha de su vencimiento. 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. En cada renovación, la prima a cargo del Contratante será la que corresponda a las edades alcanzadas por los Asegurados.

3 Edad

Las edades mínimas y máximas de aceptación para esta póliza son:

Mínima: doce (12) años cumplidos, máxima: cincuenta y nueve (59) años

Las edades de los Asegurados asentados en esta póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato del seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, los Beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos sin ningún valor para el Asegurado, y la Aseguradora reintegrará al Asegurado el sesenta y cinco por ciento de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

Art. 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. *“Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados, se aplicarán las siguientes reglas:*

1. *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 la tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.*
2. *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 del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;*
3. *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 real.*
4. *Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.*
Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.”

3 Cancelación del Seguro

A) A petición del Contratante:

El Seguro con respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora. La cancelación será efectiva en 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 el fallecimiento de Asegurado titular en cuyo caso, cualquiera de los Asegurados familiares que legalmente puedan celebrar contratos, puede solicitar la expedición de una nueva póliza.

SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. PRIMA

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

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

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

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

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Aseguradora 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, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique 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. 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, hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN

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

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

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

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula o certificado de esta Póliza.

CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Solo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas previo acuerdo entre las partes. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

CLÁUSULA 6ª. NOTIFICACIONES

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

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

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

CLÁUSULA 7ª. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos 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 usuario.

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

CLÁUSULA 8ª. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

CLÁUSULA 9ª. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos (2) 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.

CLÁUSULA 10ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO

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

CLÁUSULA 11ª. DERECHO DEL CONTRATANTE A SER INFORMADO

“Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Institución 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 Institución 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”

ACE Seguros, S.A.
Edificio Capital Reforma
Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06600 México, Distrito Federal

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-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.

ANEXO 1**Póliza No.****Seguro de Invalidez por Accidente temporal a un año renovable**

Contratante _____ R.F.C. _____

Domicilio _____

Nombre del Asegurado titular _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Fecha de inicio y terminación de vigencia: Del < dd - mm-aa> al < dd - mm - aa> Forma de pago _____

Fecha(s) de vencimiento de la(s) prima(s) _____

Coberturas Contratadas

Cobertura	Limitación	Suma Asegurada	Prima Neta
Pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente, ó	Período de espera de seis meses		
Renta mensual por invalidez temporal total por accidente, ó	Hasta por dos años		
Renta mensual por invalidez temporal parcial por accidente	Hasta por seis meses		
Suma			
Primas netas de los familiares			
Subtotal			
Descuento			
Total de prima neta anual			

<Fracción de prima> _____ IVA _____ Prima total fraccionada _____

Endosos contenidos en la póliza

Endoso de inclusión en la póliza de asegurados familiares (en su caso)

En testimonio de lo cual se firma la presente póliza en la ciudad de México, D. F. A <fecha>

ACE SEGUROS, S. A.

Director de seguros de personas

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-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.

ANEXO 2



CERTIFICADO DE SEGURO
POR:

\$----- M.N.O (DLLS)

DE INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Presentado por
ACE SEGUROS S.A.

para
NOMBRE DEL ASEGURADO

Designado en lo sucesivo como "Asegurado", esta cubierto bajo el Seguro de Invalidez total y permanente por \$----- M.N o Dls., o renta mensual vencida por Invalidez temporal, total por \$----- M.N o Dls., o parcial por \$-----

La cobertura se rige por los términos y condiciones generales de la póliza N° _____ emitida a nombre de _____

Director de Seguros de Personas

Fecha

*ACE Seguros S.A. Edificio Capital Reforma
 Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15
 Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc
 C.P. 06600 México, Distrito Federal*

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-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.

ANEXO 3

REVERSO DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha de inicio y terminación de vigencia: Del < dd - mm-aa> al < dd – mm - aa> Forma de pago_____

Fecha(s) de vencimiento de la(s) prima(s)_____

Cuadro de coberturas contratadas

Cobertura	Limitación	Suma Asegurada	Prima Neta
Pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente	Período de espera de seis meses		
Renta mensual por invalidez temporal total	Hasta por dos años		
Renta mensual por invalidez temporal parcial	Hasta por seis meses		
	Suma		

En caso de que la póliza en la que está inserto el presente certificado sea cancelada, el asegurado familiar contará con treinta días naturales para solicitar la expedición de una póliza en el mismo plan y suma asegurada menor o igual a la de este certificado, sin requisitos de asegurabilidad.

ACE SEGUROS, S. A.

Director de Seguro de Personas

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-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.


ace seguros

ANEXO 4

Solicitud de Seguro por Invalidez por Accidente temporal a un año renovable

Solicito de ACE SEGUROS, S. A., en mi calidad de _____ una póliza de Seguro por Invalidez por accidente temporal a un año renovable. Para tal efecto me permito proporcionar los datos siguientes :

Nombre del Contratante _____
 Domicilio _____
 Nombre del asegurado titular _____
 Ocupación _____
 Domicilio _____
 Fecha de nacimiento _____
 Estatura _____ peso _____

Coberturas y Sumas Aseguradas solicitadas

Cobertura	Suma Asegurada	Limitación
Pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente		Período de espera de seis meses
Renta mensual por invalidez temporal total o		Hasta por dos años
Renta mensual por invalidez temporal parcial		Hasta por seis meses

Liste los deportes que practica y con que frecuencia semanal lo hace.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

fecha solicitada para que dé inicio la vigencia de la póliza _____

Se acompañan a la presente los consentimientos de cada una de los familiares a cubrir bajo esta póliza, los cuales contienen los datos necesarios para apreciar el riesgo, y la Coberturas solicitadas.

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (debe leerlo antes de firmar)Se previene al Contratante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o del beneficiario en su caso.

Fechada en _____ el día _____ de _____ de 200 _____

Nombre del Contratante

Nombre del Agente

Firma del Contratante

Firma del Agente

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada, tampoco significa que, en caso de aceptación, esta concuerde totalmente con los términos de esta solicitud.

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-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.



ANEXO 5

ace seguros**Consentimiento para ser asegurado en el seguro de Invalidez
por Accidente temporal a un año renovable.**

Por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de Invalidez total y permanente o Invalidez temporal total o parcial, por accidente, temporal a un año renovable.

Contratante : _____

Asegurado titular : _____

Parentesco : _____

Para tal efecto me permito proporcionar los datos siguientes :

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo : F () M ()

Coberturas y sumas aseguradas solicitadas

COBERTURA	Suma Asegurada	Limitación
Pago de la suma asegurada por invalidez total y permanente por accidente		Período de espera de seis meses
Renta mensual por invalidez temporal total o		Hasta por dos años
Renta mensual por invalidez temporal parcial		Hasta por seis meses

Liste los deportes que practica y con que frecuencia semanal lo hace.

1 _____

2 _____

3 _____

Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas en el, las he hecho personalmente y que son verídicas.

Lugar y Fecha _____

Firma del Contratante _____ Firma del solicitante _____

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por ACE Seguros, S. A.

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-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.



**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