



**SEGURO DIFERIDO COLECTIVO DE
ENFERMEDADES GRAVES
CON COBERTURA INICIAL DE MUERTE
ACCIDENTAL**

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

ACE Seguros S.A.

SEGURO DIFERIDO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES CON COBERTURA INICIAL DE MUERTE ACCIDENTAL

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

CONTENIDO

SECCIÓN PRIMERA	3
DISPOSICIONES PARTICULARES	3
CLÁUSULA 1ª. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	3
CLÁUSULA 2ª. EXCLUSIONES	8
CLÁUSULA 3ª. DEFINICIONES	10
CLÁUSULA 4ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA	13
CLÁUSULA 5ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	15
CLÁUSULA 6ª. EDADES DE ACEPTACIÓN	16
CLÁUSULA 7ª. TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS	17
CLÁUSULA 8ª. CANCELACIÓN DEL SEGURO	17
CLÁUSULA 9ª. TERRITORIALIDAD	18
CLÁUSULA 10ª. DIVIDENDOS	18
SECCIÓN SEGUNDA	18
DISPOSICIONES GENERALES	18
CLÁUSULA 1ª. PRIMA	18
CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN	18
CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO	19
CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO	19
CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES	19
CLÁUSULA 6ª. SELECCIÓN DE RIESGO	19
CLÁUSULA 7ª. NOTIFICACIONES	20
CLÁUSULA 8ª. COMPETENCIA	20
CLÁUSULA 9ª. INTERÉS MORATORIO	20
CLÁUSULA 10ª. PRESCRIPCIÓN	22
CLÁUSULA 11ª. MONEDA	23
CLÁUSULA 12ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES	23
CLÁUSULA 13ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	23
ENDOSO DE INCLUSIÓN DE FAMILIARES	24
C A R Á T U L A	26
CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL	30

SECCIÓN PRIMERA

DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

El seguro consta de dos módulos:

- a) **Módulo de primer año de Vigencia de la Póliza:** Este seguro, durante su primer año de vigencia, estará integrado por una Cobertura Inicial de Muerte Accidental de noventa (90) días de duración con la que inicia la vigencia del seguro; una vez transcurrido los primeros noventa (90) días de vigencia ininterrumpida, termina la vigencia de esta Cobertura Inicial de Muerte Accidental y entra en vigor automáticamente la cobertura de Enfermedades Graves que tendrá una duración de doscientos setenta y cinco (275) días para completar la vigencia anual.
- b) **Módulo de renovación:** A partir de la primera renovación de este seguro, el mismo estará integrado únicamente por la cobertura de Enfermedades Graves durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, ya que la Cobertura Inicial de Muerte Accidental solo opera en el año inicial.

COBERTURA INICIAL DE MUERTE ACCIDENTAL (90 DÍAS)

Durante los primeros noventa (90) días de vigencia únicamente del primer año de la Póliza, el Asegurado estará cubierto contra el riesgo de muerte por accidente, por lo que en el evento de que éste fallezca como consecuencia de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días de haber ocurrido el mismo, la Aseguradora cubrirá a los beneficiarios designados el pago de la Indemnización contratada que aparezca en el Certificado individual correspondiente.

ENFERMEDADES GRAVES

Una vez concluido el periodo de cobertura de Muerte Accidental (noventa días) y encontrándose vigente de manera ininterrumpida el Certificado Individual correspondiente, de manera automática entrará en vigor la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Aseguradora cubrirá al Asegurado el pago de la Indemnización contratada para esta cobertura que aparezca en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante.

A partir de la primera renovación de este seguro, operará únicamente esta cobertura de Enfermedades Graves, ya que la Cobertura Inicial de Muerte Accidental sólo opera en el año inicial.

Las Enfermedades Graves cubiertas son las siguientes:

1.1. TODO TIPO DE CÁNCER

Definición:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

SE EXCLUYEN:

- **LOS TUMORES BENIGNOS**
- **LAS DISPLASIAS Y LESIONES PRE-CANCERÍGENAS**
- **EL CARCINOMA “IN SITU” (QUE SE ENTIENDE COMO LA SUBSTITUCIÓN DEL EPITELIO NORMAL POR CÉLULAS ANORMALES, QUE MUESTRAN CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA INTERNA SIN REBASAR MÁS ALLÁ DE LA MEMBRANA BASAL, EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO);**
- **LOS CÁNCERES DE PIEL DE TIPO BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR.**
- **CÁNCER PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO;**
- **UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA Y/O CARCINOMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE UNA CRISIS, EL ASEGURADO TENÍA SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O TENÍA ANTICUERPOS POSITIVOS DE VIH EN LA PRUEBA SANGUÍNEA (VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA).**

1.2. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición:

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.
- b. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardíaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
- c. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

SE EXCLUYE:

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO EL INFARTO AL MIOCARDIO SEA EFECTO DIRECTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES; O BIEN, SEA A CAUSA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.- INFARTO AL MIOCARDIO OCURRIDO POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.

2.- LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

a) DIABETES MELLITUS TIPOS 1, 2 E IDEOPÁTICA;

b) HIPERTENSIÓN ARTERIAL;

c) OBESIDAD MÓRBIDA, DEFINIDA POR UN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) MAYOR A 30 UNIDADES. LAS UNIDADES EN QUE ESTÁN DADOS LOS ÍNDICES DE MASA CORPORAL, SE OBTIENEN MEDIANTE LA DIVISIÓN DEL PESO DE LA PERSONA EN KILOGRAMOS ENTRE EL CUADRADO DE SU ESTATURA; EL CRITERIO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA CONSIDERAR A ALGUIEN OBESO MÓRBIDO ES QUE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEA DE 30 O MÁS UNIDADES KG/E2.

1.3. APOPLEJÍA

Definición:

Cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- a. Infarto del tejido cerebral,
- b. Hemorragia de un vaso intracraneal y
- c. Embolia de fuente extracraneal.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

SE EXCLUYEN:

1. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS

1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición:

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Insuficiencia Renal Crónica.

EXCLUSIÓN

NO ESTÁ ASEGURADA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ASEGURADOS DIABÉTICOS, CUANDO ÉSTA SEA CONSECUENCIA DE DICHA ENFERMEDAD; SIN EMBARGO, SI EL ASEGURADO DEMUESTRA HABER ESTADO CONTINUAMENTE ASEGURADO CON UN SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES DURANTE AL MENOS DIEZ (10) AÑOS EN ÉSTA O CUALQUIER OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS, ESTA EXCLUSIÓN NO TENDRÁ EFECTO ALGUNO.

1.5. CIRUGÍA CORONARIA

Definición:

Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass).

Riesgo Cubierto:

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

SE EXCLUYEN:

1 TROMBÓLISIS MEDIANTE CATETERISMO CORONARIO.

1.6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

Riesgo Cubierto:

Diagnóstico definitivo e inequívoco de neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de Esclerosis Múltiple caracterizada al menos por persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones, aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada a una silla de ruedas.

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

1.7 PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Definición:

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Riesgo Cubierto:

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

SE EXCLUYE:

1.- PARÁLISIS OCASIONADA POR APOPLEJÍA.

2.- PARÁLISIS OCASIONADA POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

1.8 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Definición:

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto:

Quedarán cubiertos los gastos en que incurra el Asegurado que necesite un trasplante caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican a continuación, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Páncreas
- Riñón
- Médula ósea

Se incluyen en este apartado los Transplantes de Órganos Vitales listados en el párrafo anterior que sufra el Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto.

SE EXCLUYE:

- **CUALQUIER GASTO INCURRIDO POR EL DONANTE.**
- **ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CORAZÓN ARTIFICIAL Y DISPOSITIVOS MONOVENTRICULARES Y BIVENTRICULARES QUE ASISTAN A LA FUNCIÓN DEL CORAZÓN.**

LIMITACIÓN DE COBERTURA :

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de dicha cobertura.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

CLÁUSULA 2ª. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA INICIAL DE MUERTE ACCIDENTAL

LA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA MUERTE ACCIDENTAL SEA EFECTO DIRECTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, O BIEN, SEA A CAUSA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.- POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.

2. POR ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

A) ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.

B) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

3. SALVO PACTO CONTRARIO, LA PÓLIZA NO AMPARA LA MUERTE ACCIDENTAL OCURRIDA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

A) SERVICIO MILITAR

B) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA LA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS.

C) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.

D) COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILARES, ACUÁTICOS O TERRESTRES.

E) PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

4. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
5. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD GRAVE SEA EFECTO DIRECTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- NINGÚN BENEFICIO QUE SE BASE EN UN DIAGNÓSTICO HECHO POR UNA PERSONA QUE SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE VIVA EN LA MISMA CASA QUE EL ASEGURADO SE PAGARÁ, SIN IMPORTAR SI LA PERSONA ES UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.
- AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, ABORTOS PROVOCADOS, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO;
- ENFERMEDAD GRAVE OCASIONADA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUEREN PRESCRITOS POR UN MÉDICO;
- ENFERMEDADES GRAVES DERIVADAS DE UN INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.

ENFERMEDADES GRAVES QUE SE ORIGINEN POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN:

- AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
- DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.
- LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
- EL USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA CUALQUIER FIN, INCLUYENDO LA EXPLOSIÓN NUCLEAR PROVOCADA O NO, ASÍ COMO LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA O EXPOSICIÓN A RADIACIONES NUCLEARES O IONIZANTES.
- ACTOS U OPERACIONES DE GUERRA, DECLARADA O NO, DE GUERRA QUÍMICA O BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILLA, DE REVOLUCIÓN,

AGITACIÓN, MOTÍN, REVUELTA, SEDICIÓN, SUBLEVACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS U OTRAS PERTURBACIONES DE ORDEN PÚBLICO, EXCEPTO SI SE DERIVAN DE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO MILITAR O DE ACTOS DE HUMANIDAD EN AUXILIO DE OTROS.

- **ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, TALES COMO HOMICIDIO O RIÑA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.**

CLÁUSULA 3ª. DEFINICIONES

Para todos los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

1. 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.

2. Aseguradora

ACE Seguros, S.A.

3. 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 considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

4. Beneficiario

Es la persona designada por el Asegurado para recibir el beneficio del Seguro en caso de fallecimiento.

5. Colectividad Asegurada

Se define como Colectividad Asegurada al conjunto de personas que el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.

6. Contratante

Es la persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre la cual recae la obligación del pago de las primas.

7. Diagnóstico

Es la identificación que hace un Médico Especialista de la enfermedad, afección o lesión que sufre el Asegurado, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes, siguiendo un razonamiento analógico.

8. Enfermedad Grave

Para efectos del presente contrato de seguro, se considerará como Enfermedad Grave, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

9. Hospital

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, en el país donde se encuentre, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado.

10. Ley

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

11. Médico

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

12. Médico Especialista

Médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para diagnosticar o prescribir tratamientos para las enfermedades que se especifican dentro de esta Póliza, que no sea familiar del Asegurado, que sea portador de un título de especialista y que esté legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

13. Metástasis

Presencia de tejido neoplásico maligno en ubicación diferente de la lesión primaria inicial, del mismo tipo histológico que surge en consecuencia de la diseminación del tumor primario por medio del torrente sanguíneo o linfático.

14. Muerte Accidental

Es el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto conforme a la definición que del mismo se hace en esta Póliza, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber ocurrido el mismo.

15. Neoplasia

Enfermedad caracterizada por la proliferación anormal de células, tumoral o no, de carácter benigno o maligno.

16. Neoplasia Benigna

Proliferación anormal de células de diversos tipos de tejidos que no presentan potencial de diseminación hacia otros sitios que no son de origen, por medio del torrente sanguíneo o linfático, sin causar metástasis y presentando características celulares benignas confirmadas por medio de estudios anatomopatológicos.

17. Neoplasia Maligna

Proliferación anormal y descontrolada de células de diversos tipos de tejidos que se pueden diseminar por el torrente sanguíneo o por medio de los vasos linfáticos, con potencial de implantación en otros

órganos y tejidos, causando metástasis y que presenta características celulares y anatomopatológicas, macroscópicas y microscópicas de neoplasia maligna.

18. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
 - b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza
 - c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
 - b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Aseguradora podrá aceptar el riesgo declarado.

5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Aseguradora acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Aseguradora.

19. Póliza y/o contrato de seguro.

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.

CLÁUSULA 4ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Registro de Asegurados: La Aseguradora formará un registro de asegurados, el cual contará con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
- II. Suma asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

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

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

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

Altas: cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente.

Certificado individual: la Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la Prima Neta no devengada, previa disminución de la porción del costo de adquisición correspondiente. Se entiende por Prima Neta al importe de la Prima Total correspondiente a los asegurados que se den de baja, a la que se descontarán los impuestos, derechos o recargos que sean aplicables y que estén claramente especificados en la carátula de la Póliza. El importe correspondiente a la Prima Neta vendrá en todo caso especificado también en la Carátula de la Póliza.

Renovación: Para cada uno de los asegurados este Seguro se renovará automáticamente por periodos de un año. 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 veinte (20) días antes de la fecha de su vencimiento.

La Aseguradora se compromete a que dicha renovación se realizará bajo los mismos términos y condiciones de aseguramiento a las originalmente contratadas para la cobertura de Enfermedades Graves, ya que la Cobertura Inicial de Muerte Accidental sólo opera el primer año de vigencia de la Póliza.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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.

La Aseguradora se reserva el derecho de modificar y registrar otras tarifas, en cuyo caso, la Aseguradora dará a conocer las nuevas tarifas al Contratante con al menos treinta días de anticipación a la fecha de renovación.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.

- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

CLÁUSULA 5ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1 Aviso

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

2 Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, el Informe médico detallado, firmado por el Médico tratante que contenga el diagnóstico de la Enfermedad Grave de que se trate, así como los exámenes complementarios que comprueben el diagnóstico y el registro médico correspondiente en caso de internación hospitalaria y todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas.

Para la cobertura Inicial de Muerte Accidental, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora los siguientes documentos:

1. Acta de Defunción;
2. Acta completa del Ministerio Público que tomó conocimiento de los hechos con todas sus ampliaciones, en su caso.
3. Identificación oficial del Asegurado;
4. Acta oficial que ligue el parentesco del Asegurado con el Beneficiario (matrimonio, nacimiento);
5. Identificación oficial del Beneficiario;
6. Comprobante de domicilio del Beneficiario;
7. Carta formal de Reclamación del Siniestro.

La Aseguradora podrá exigir documentos complementarios, siempre que haya una duda fundada y justificable, sin perjuicio de la realización de la Investigación prevista en la cláusula titulada 'Investigación de la Aseguradora' contenida en el presente contrato.

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.

3 Formas de Indemnización

La Aseguradora pagará al Asegurado, en vida de éste, o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento, la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, en una sola exhibición.

4 Investigación de la Aseguradora

En caso de duda en cuanto al reconocimiento de la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza, la Aseguradora podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del Siniestro.

- El Asegurado deberá autorizar por escrito a su médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia médico-hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para el Asegurado y su médico tratante.
- Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

5 Deducciones

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

CLÁUSULA 6ª. EDADES DE ACEPTACIÓN

Las edades de aceptación mínima y máxima serán de 18 y 64 años respectivamente, con renovación hasta los 69 años, cancelándose al final de la renovación en que alcance los 70 años.

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

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

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

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

- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA 7ª. TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas incluidas en esta Póliza terminarán de la siguiente manera:

La Cobertura Inicial de Muerte Accidental tendrá una duración de noventa (90) días con la que inicia la vigencia del seguro y únicamente será válida durante el primer año de vigencia del seguro, transcurrido dicho plazo termina esta cobertura.

La cobertura de Enfermedades Graves, cuya vigencia inicia una vez transcurridos los primeros noventa (90) días de vigencia ininterrumpida de la Póliza, terminará al finalizar el año de vigencia de la Póliza, o bien, en caso de renovaciones, cuando el Asegurado alcance la edad máxima de renovación establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sujeto al fin de vigencia de la póliza contratada.

También terminará la cobertura que esté en vigor y el contrato se dará por terminado automáticamente, en el momento en que el Asegurado acredite la ocurrencia de cualquiera de los riesgos previstos en la cláusula 1ª DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS.

En caso de que al amparo de la póliza haya dos o más Asegurados y en caso de ocurrir la reclamación de uno de ellos, las coberturas subsistirán para el resto de los Asegurados ajustándose el pago de las primas correspondientes.

CLÁUSULA 8ª. CANCELACIÓN DEL SEGURO

A petición del Contratante:

El Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito. 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 terminar la vigencia de la Póliza. En este caso, la Aseguradora restituirá la Prima Neta no devengada al momento de la cancelación, previa disminución del costo de adquisición correspondiente.

Cancelación automática:

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

- El fallecimiento del Asegurado;
- Que la prima no sea pagada, después de transcurrido el periodo de gracia.

CLÁUSULA 9ª. TERRITORIALIDAD

El presente contrato aplicará en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

CLÁUSULA 10ª. DIVIDENDOS

Este plan no participa de las utilidades que su operación produzca a la Aseguradora.

SECCIÓN SEGUNDA

DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. PRIMA

La prima de esta Póliza será la especificada en la carátula de la póliza 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 las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

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

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 o dentro de los treinta (30) días siguientes al día de pago de la parcialidad que corresponda, según sea el caso, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el 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.

La Aseguradora responderá por todos los Sinistros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

Para cada una de las coberturas, este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las Disposiciones Particulares, Disposiciones Generales y los Endosos respectivos de esta Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, quien lo hará constar mediante endosos o cláusulas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. . Se entenderá que existe acuerdo entre las partes contratantes si una vez enviada la propuesta de modificación al contrato de seguro por la Aseguradora a la Asegurada, dentro del plazo previsto en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Asegurada no manifiesta su inconformidad.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Aseguradora no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora 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. SELECCIÓN DE RIESGO

Las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo incluidas en este seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad.

CLÁUSULA 7ª. 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 a el 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 o dirección de correo electrónico que conozca la Aseguradora.

CLÁUSULA 8ª. 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 9ª. 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 cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

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

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

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

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno.

Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 10ª. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán:

- I. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley, 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 el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

CLÁUSULA 11ª. MONEDA

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

CLÁUSULA 12ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

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

CLÁUSULA 13ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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 PPAQ-S0039-0044-2014 de fecha 30 de Junio de 2014.

ENDOSO DE INCLUSIÓN DE FAMILIARES

La Aseguradora hace constar mediante el presente endoso que las personas que firmaron su consentimiento y que en seguida se listan, están cubiertas bajo los términos y condiciones aplicables a las coberturas contratadas y sumas aseguradas que se encuentren especificadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente a la que se añade.

1.- Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

2.- Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

3.- Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

En testimonio de lo cual se firma el presente endoso en la Ciudad de México, D. F., a

_____.

Dirección de Seguros de Personas

Definiciones:

Familia Asegurable

Es el Titular y cada uno de sus Dependientes que se indican en la carátula de esta póliza.

1 **Titular:** Es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurable, que ha quedado registrado como tal y cuya edad sea menor de 65 años a la fecha de emisión de la póliza.

2 **Dependientes:** Las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Titular:

- Su cónyuge, si su edad es menor de 65 años a la fecha de emisión de la póliza;
- Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 19 años; y
- Sus hijos solteros mayores de 19 pero menores de 24 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.

También se consideran hijos, los legalmente adoptados y los hijastros.

PROCEDIMIENTOS APLICABLES:

1. Altas

- a. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Dependientes podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Contratante y aceptación de La Aseguradora.

- b. Si el cónyuge del titular es Asegurada, 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 más tardar en treinta días para su análisis de inclusión.

1 Bajas

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

- a. Contraigan matrimonio;
- b. Cumplan 19 años de edad, o 24 en el caso de que sean estudiantes y solteros;
- c. Obtengan ingresos por trabajo personal;
- d. Dejen de depender económicamente de él;
- e. Siendo su cónyuge, se separe legalmente de él.

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 PPAQ-S0039-0044-2014 de fecha 30 de Junio de 2014.



ace seguros

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
Conmutador: 52 (55) 52 58 58 00

www.ace-ina.com

CARÁTULA

ACE Seguros, S.A., en lo sucesivo "La Aseguradora" y quien(es) más adelante se designa con el nombre del "Asegurado" convienen en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales y especiales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

- POL. RENOV.
- REF. END.
- PÓLIZA

SEGURO DE

TIPO DE SEGURO

NÚMERO

VIGENCIA DEL SEGURO

____/____/____ ____/____/____ Años Días

Desde las 12hrs de ____ Hasta las 12hrs de ____ DURACIÓN DEL SEGURO TIPO DE MONEDA

NOMBRE DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

DOMICILIO

(Calle y No., Colonia, Ciudad, Estado, Código Postal)

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA

PRIMA NETA

GASTOS DE EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA

I.V.A.

RECARGOS

PRIMA TOTAL

FORMA DE PAGO

DIVIDENDOS (SI O NO)

EN TESTIMONIO DE LO ACORDADO SE EMITE EL PRESENTE CONTRATO EN ____ EL ____ DE ____

DEL

LA ASEGURADORA

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

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 PPAQ-S0039-0044-2014 de fecha 30 de Junio de 2014.



ace seguros

SOLICITUD DE SEGURO DIFERIDO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES CON COBERTURA INICIAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.

Solicito de ACE SEGUROS, S. A., en mi calidad de Contratante, una póliza de Seguro Diferido Colectivo de Enfermedades Graves con Cobertura Inicial de Indemnización por Muerte Accidental.

Para tal efecto me permito proporcionar los datos siguientes:

I. Datos del contratante

Nombre ó razón social

RFC

Forma de pago

Domicilio

Delegación

Ciudad

Teléfono

Correo electrónico

II. Datos de la(s) persona(s) a asegurar

Suma asegurada _____ Forma de pago _____

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a ACE SEGUROS SA., la información de su conocimiento y que a su vez ACE SEGUROS SA, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta solicitud.

Firma del Solicitante

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la 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(los) registro(s) número _____ de fecha _____".



ace seguros

No. de Consentimiento/Certificado: _____

Operación: _____

**CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DIFERIDO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES
CON COBERTURA INICIAL DE MUERTE ACCIDENTAL**

Por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la Póliza de _____.

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

Se otorgan dividendos? _____

Fecha de vigencia del Consentimiento/Certificado: _____

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

1. _____

2. _____

3. _____

Actividad laboral: _____

Maneja algún tipo de maquinaria: _____

Designación de beneficiario

1. _____ parentesco _____ porcentaje _____

2. _____ parentesco _____ porcentaje _____

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

“Artículo 17.- Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

“Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

NOTA: Cualquier cuestionamiento o cláusula relacionada con la selección de riesgo, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad.

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 _____

Firma del Funcionario Autorizado de ACE Seguros, S.A. _____

ACE Seguros S.A.

www.ace-ina.com

Edificio Capital Reforma
Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06600 México, Distrito Federal
Conmutador: 52 (55) 52 58 58 00



ace seguros

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 PPAQ-S0039-0044-2014 de fecha 30 de Junio de 2014.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

El seguro consta de dos módulos:

- c) **Módulo de primer año de Vigencia de la Póliza:** Este seguro, durante su primer año de vigencia, estará integrado por una Cobertura Inicial de Muerte Accidental de noventa (90) días de duración con la que inicia la vigencia del seguro; una vez transcurrido los primeros noventa (90) días de vigencia ininterrumpida, termina la vigencia de esta Cobertura Inicial de Muerte Accidental y entra en vigor automáticamente la cobertura de Enfermedades Graves que tendrá una duración de doscientos setenta y cinco (275) días para completar la vigencia anual.
- d) **Módulo de renovación:** A partir de la primera renovación de este seguro, el mismo estará integrado únicamente por la cobertura de Enfermedades Graves durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, ya que la cobertura de Muerte Accidental solo opera en el año inicial.

COBERTURA INICIAL DE MUERTE ACCIDENTAL (90 DÍAS)

Durante los primeros noventa (90) días de vigencia únicamente del primer año de la Póliza, el Asegurado estará cubierto contra el riesgo de muerte por accidente, por lo que en el evento de que éste fallezca como consecuencia de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días de haber ocurrido el mismo, la Aseguradora cubrirá a los beneficiarios designados el pago de la Indemnización contratada que aparezca en el Certificado individual correspondiente.

ENFERMEDADES GRAVES

Una vez concluido el periodo de cobertura de Muerte Accidental (noventa días) y encontrándose vigente de manera ininterrumpida el Certificado Individual correspondiente, de manera automática entrará en vigor la cobertura de Enfermedades Graves, mediante la cual la Aseguradora cubrirá al Asegurado el pago de la Indemnización contratada para esta cobertura que aparezca en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves que se describen más adelante.

A partir de la primera renovación de este seguro, operará únicamente esta cobertura de Enfermedades Graves, ya que la Cobertura Inicial de Muerte Accidental solo opera en el año inicial.

Las Enfermedades Graves cubiertas son las siguientes:

1.1. TODO TIPO DE CÁNCER

Definición:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de cualquier tipo de cáncer.

SE EXCLUYEN:

- **LOS TUMORES BENIGNOS**
- **LAS DISPLASIAS Y LESIONES PRE-CANCERÍGENAS**
- **EL CARCINOMA "IN SITU" (QUE SE ENTIENDE COMO LA SUBSTITUCIÓN DEL EPITELIO NORMAL POR CÉLULAS ANORMALES, QUE MUESTRAN CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA INTERNA SIN REBASAR MÁS ALLÁ DE LA MEMBRANA BASAL, EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO);**
- **LOS CÁNCERES DE PIEL DE TIPO BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR.**
- **CÁNCER PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO;**
- **UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA Y/O CARCINOMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE UNA CRISIS, EL ASEGURADO TENÍA SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O TENÍA ANTICUERPOS POSITIVOS DE VIH EN LA PRUEBA SANGÜÍNEA (VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA).**

1.2. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Definición:

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá estar respaldado por cuando menos uno de los siguientes puntos:

- a. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.
- b. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardíaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
- c. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de un infarto agudo al miocardio.

SE EXCLUYE:

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO EL INFARTO AL MIOCARDIO SEA EFECTO DIRECTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES; O BIEN, SEA A CAUSA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.- INFARTO AL MIOCARDIO OCURRIDO POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.

2.- LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

- a) **DIABETES MELLITUS TIPOS 1, 2 E IDEOPÁTICA;**
- b) **HIPERTENSIÓN ARTERIAL;**
- c) **OBESIDAD MÓRBIDA, DEFINIDA POR UN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) MAYOR A 30 UNIDADES. LAS UNIDADES EN QUE ESTÁN DADOS LOS ÍNDICES DE MASA CORPORAL, SE OBTIENEN MEDIANTE LA DIVISIÓN DEL PESO DE LA PERSONA EN KILOGRAMOS ENTRE EL CUADRADO DE SU ESTATURA; EL CRITERIO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA CONSIDERAR A ALGUIEN OBESO MÓRBIDO ES QUE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEA DE 30 O MÁS UNIDADES KG/E2.**

1.3. APOPLEJÍA

Definición:

Cualquier incidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

- A. Infarto del tejido cerebral,
- B. Hemorragia de un vaso intracraneal, y
- C. Embolia de fuente extracraneal.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Apoplejía.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología (urgenciólogo, internista, intensivista), el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista, intensivista y cirujano vascular periférico.

SE EXCLUYEN:

1. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS

1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Definición:

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

Riesgo Cubierto:

El diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza de una Insuficiencia Renal Crónica.

EXCLUSIÓN

NO ESTÁ ASEGURADA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ASEGURADOS DIABÉTICOS, CUANDO ÉSTA SEA CONSECUENCIA DE DICHA ENFERMEDAD; SIN EMBARGO, SI EL ASEGURADO DEMUESTRA HABER ESTADO CONTINUAMENTE ASEGURADO CON UN SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES DURANTE AL MENOS DIEZ (10) AÑOS EN ÉSTA O CUALQUIER OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS, ESTA EXCLUSIÓN NO TENDRÁ EFECTO ALGUNO.

1.5. CIRUGÍA CORONARIA

Definición:

Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass).

Riesgo Cubierto:

La ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente de una Cirugía Coronaria.

SE EXCLUYEN:

1 TROMBÓLISIS MEDIANTE CATETERISMO CORONARIO.

1.6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc. Se denomina múltiple porque afecta de forma dispersa al cerebro y a la médula espinal, y esclerosis porque da lugar a la formación de tejidos endurecidos en las zonas dañadas del sistema nervioso.

Riesgo Cubierto:

Diagnóstico definitivo e inequívoco de neurólogo que confirme la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de Esclerosis Múltiple caracterizada al menos por persistencia moderada de anomalías neurológicas con deterioro de funciones, aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada a una silla de ruedas.

Para que dicha enfermedad se encuentre cubierta por el seguro, se requiere que la misma se manifieste estando vigente la Póliza.

1.7 PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Definición:

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

Riesgo Cubierto:

Estarán cubiertos los Asegurados a los que por primera vez en su vida y dentro de la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sufran una Parálisis de dos o más de las Extremidades.

SE EXCLUYE:

1.- PARÁLISIS OCASIONADA POR APOPLEJÍA.

2.- PARÁLISIS OCASIONADA POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

1.8 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Definición:

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Riesgo Cubierto:

Quedarán cubiertos los gastos en que incurra el Asegurado que necesite un trasplante caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican a continuación, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Páncreas
- Riñón
- Médula ósea

Se incluyen en este apartado los Trasplantes de Órganos Vitales listados en el párrafo anterior que sufra el Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto.

SE EXCLUYE:

- CUALQUIER GASTO INCURRIDO POR EL DONANTE.
- ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN CORAZÓN ARTIFICIAL Y DISPOSITIVOS MONOVENTRICULARES Y BIVENTRICULARES QUE ASISTAN A LA FUNCIÓN DEL CORAZÓN.

LIMITACIÓN DE COBERTURA :

- Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a la Aseguradora, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.
- El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la extinción inmediata de dicha cobertura.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización correspondiente se pagará a los beneficiarios señalados para tal efecto y a falta de éstos, a su sucesión legal.

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA INICIAL DE MUERTE ACCIDENTAL
LA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA MUERTE ACCIDENTAL SEA EFECTO DIRECTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, O BIEN, SEA A CAUSA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.- POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.

2. POR ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

A) ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.

B) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

3. SALVO PACTO CONTRARIO, LA PÓLIZA NO AMPARA LA MUERTE ACCIDENTAL OCURRIDA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

A) SERVICIO MILITAR

B) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA LA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS.

C) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.

D) COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILARES, ACUÁTICOS O TERRESTRES.

E) PARACAJISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
 4. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
 5. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES
 ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO LA ENFERMEDAD GRAVE SEA EFECTO DIRECTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- NINGÚN BENEFICIO QUE SE BASE EN UN DIAGNÓSTICO HECHO POR UNA PERSONA QUE SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE VIVA EN LA MISMA CASA QUE EL ASEGURADO SE PAGARÁ, SIN IMPORTAR SI LA PERSONA ES UN MÉDICO FACULTADO PARA EJERCER LA MEDICINA.
- AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, ABORTOS PROVOCADOS, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO;
- ENFERMEDAD GRAVE ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUEREN PRESCRITOS POR UN MÉDICO;
- ENFERMEDADES GRAVES DERIVADAS DE UN INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.

ENFERMEDADES GRAVES QUE SE ORIGINEN POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN:

- AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
- DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAJISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMAQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.
- LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
- EL USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA CUALQUIER FIN, INCLUYENDO LA EXPLOSIÓN NUCLEAR PROVOCADA O NO, ASÍ COMO LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA O EXPOSICIÓN A RADIACIONES NUCLEARES O IONIZANTES.
- ACTOS U OPERACIONES DE GUERRA, DECLARADA O NO, DE GUERRA QUÍMICA O BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILLA, DE REVOLUCIÓN, AGITACIÓN, MOTÍN, REVUELTA, SEDICIÓN, SUBLEVACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS U OTRAS PERTURBACIONES DE ORDEN PÚBLICO, EXCEPTO SI SE DERIVAN DE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO MILITAR O DE ACTOS DE HUMANIDAD EN AUXILIO DE OTROS.
- ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, TALES COMO HOMICIDIO O RIÑA PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Registro de Asegurados: La Aseguradora formará un registro de asegurados, el cual contará con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
- II. Suma asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y

VI. Coberturas amparadas.

En caso de que el Contratante requiera copia de este registro, deberá solicitarlo por escrito al Contratante.

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

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

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

Altas: cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente.

Certificado individual: la Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la Prima Neta no devengada, previa disminución de la porción del costo de adquisición correspondiente. Se entiende por Prima Neta al importe de la Prima Total correspondiente a los asegurados que se den de baja, a la que se descontarán los impuestos, derechos o recargos que sean aplicables y que estén claramente especificados en la carátula de la Póliza. El importe correspondiente a la Prima Neta vendrá en todo caso especificado también en la Carátula de la Póliza.

Renovación: Para cada uno de los asegurados este Seguro se renovará automáticamente por periodos de un año. 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 veinte (20) días antes de la fecha de su vencimiento. La Aseguradora se compromete a que dicha renovación se realizará bajo los mismos términos y condiciones de aseguramiento a las originalmente contratadas para la cobertura de Enfermedades Graves, ya que la Cobertura Inicial de Muerte Accidental sólo opera el primer año de vigencia de la Póliza.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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.

La Aseguradora se reserva el derecho de modificar y registrar otras tarifas, en cuyo caso, la Aseguradora dará a conocer las nuevas tarifas al Contratante con al menos treinta días de anticipación a fecha de renovación.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de

seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.

- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1 Aviso

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

2 Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, el Informe médico detallado, firmado por el Médico tratante que contenga el diagnóstico de la Enfermedad Grave de que se trate, así como los exámenes complementarios que comprueben el diagnóstico y el registro médico correspondiente en caso de internación hospitalaria y todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas.

Para la cobertura Inicial de Muerte Accidental, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora los siguientes documentos:

- 8. Acta de Defunción;
- 9. Acta completa del Ministerio Público que tomó conocimiento de los hechos con todas sus ampliaciones, en su caso.
- 10. Identificación oficial del Asegurado;
- 11. Acta oficial que ligue el parentesco del Asegurado con el Beneficiario (matrimonio, nacimiento);
- 12. Identificación oficial del Beneficiario;
- 13. Comprobante de domicilio del Beneficiario;
- 14. Carta formal de Reclamación del Siniestro.

La Aseguradora podrá exigir documentos complementarios, siempre que haya una duda fundada y justificable, sin perjuicio de la realización de la Investigación prevista en la cláusula titulada 'Investigación de la Aseguradora' contenida en el presente contrato.

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.

3 Formas de Indemnización

La Aseguradora pagará al Asegurado, en vida de éste, o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento, la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

4 Investigación de la Aseguradora

En caso de duda en cuanto al reconocimiento de la ocurrencia de una de las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza, la Aseguradora podrá realizar una investigación médica al Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación del Siniestro.

- El Asegurado deberá autorizar por escrito a su médico y a las entidades de prestación de servicios de asistencia médico-hospitalaria que participaron en su atención para que provean la información solicitada por el perito de la Aseguradora, la cual se compromete a vigilar la confidencialidad de la misma.
- Los resultados obtenidos en la investigación, incluso los resultados de los exámenes, estarán disponibles sólo para el Asegurado y su médico tratante.
- Los gastos derivados de la investigación médica quedarán a cargo de la Aseguradora.

5 Deducciones

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

EDADES DE ACEPTACIÓN

Las edades de aceptación mínima y máxima serán de 18 y 64 años respectivamente, con renovación hasta los 69 años, cancelándose al final de la renovación en que alcance los 70 años.

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

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

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

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

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

TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas incluidas en esta Póliza terminarán de la siguiente manera:

La Cobertura Inicial de Muerte Accidental tendrá una duración de noventa (90) días con la que inicia la vigencia del seguro y únicamente será válida durante el primer año de vigencia del seguro, transcurrido dicho plazo termina esta cobertura.

La cobertura de Enfermedades Graves, cuya vigencia inicia una vez transcurridos los primeros noventa (90) días de vigencia ininterrumpida de la Póliza, terminará al finalizar el año de vigencia de la Póliza, o bien, en caso de renovaciones, cuando el Asegurado alcance la edad máxima de renovación establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente, sujeto al fin de vigencia de la póliza contratada.

También terminará la cobertura que esté en vigor y el contrato se dará por terminado automáticamente, en el momento en que el Asegurado acredite la ocurrencia de cualquiera de los riesgos previstos en la cláusula 1ª DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS.

En caso de que al amparo de la póliza haya dos o más Asegurados y en caso de ocurrir la reclamación de uno de ellos, las coberturas subsistirán para el resto de los Asegurados ajustándose el pago de las primas correspondientes.

CANCELACIÓN DEL SEGURO

A petición del Contratante:

El Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito. 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 terminar la vigencia de la Póliza. En este caso, la Aseguradora restituirá la Prima Neta no devengada al momento de la cancelación, previa disminución del costo de adquisición correspondiente.

Cancelación automática:

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

- El fallecimiento del Asegurado;
- Que la prima no sea pagada, después de transcurrido el periodo de gracia.

PRIMA

La prima de esta Póliza será la especificada en la carátula de la póliza 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 las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

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

REHABILITACIÓN

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

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el 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.

La Aseguradora responderá por todos los Siniestros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

VIGENCIA DEL CONTRATO

Para cada una de las coberturas, este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las Disposiciones Particulares, Disposiciones Generales y los Endosos respectivos de esta Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, quien lo hará constar mediante endosos o cláusulas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Se entenderá que existe acuerdo entre las partes contratantes si una vez enviada la propuesta de modificación al contrato de seguro por la Aseguradora a la Asegurada, dentro del plazo previsto en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Asegurada no manifiesta su inconformidad.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Aseguradora no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora 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.

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 a el 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 o dirección de correo electrónico que conozca la Aseguradora.

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.

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 cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

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

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

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán:

- I. En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida;
- II. En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley, 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 el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

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

(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.

ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta

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 PPAQ-S0039-0044-2014 de fecha 30 de Junio de 2014.



**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