

SEGUROS



Seguro de Accidentes Personales en Viaje
Individual y/o Familiar

Condiciones generales

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), Seguros SURA, S.A. de C.V. [antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.] también conocida como Seguros SURA, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurosura.com.mx.
- Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurosura.com.mx.

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

- Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
- Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
- Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
- A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecciondatos@segurosura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en el que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso (virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurosura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

Fecha de última modificación: Septiembre 2016

Apreciable Cliente:

En Seguros SURA estamos comprometidos en brindarle el mejor servicio esperando con esto cumplir con sus expectativas de calidad y satisfacción, ya que lo más importante para nosotros es su tranquilidad.

Es un placer tenerlo como cliente y nos complace informarle que usted esta respaldado con 72 años de experiencia en el mercado asegurador, por lo tanto puede sentirse tranquilo y confiado de que siempre le brindaremos la mejor protección.

Nuestra amplia experiencia en el mercado nos permite ofrecer un servicio de calidad, garantizándole el mejor respaldo para hacer frente a los momentos más difíciles.

Ponemos a su disposición seguros de:

- **Empresa**
- **Auto**
- **Transporte**
- **Construcción**
- **Hogar**
- **PyME**
- **Responsabilidad Civil**
- **Vida**
- **Accidentes Personales**
- **Gastos Funerarios**
- **Programa Escolar**
- **Agrícola**

Lo invitamos a que conozca sus Condiciones Generales para saber más a detalle todos los beneficios con los que cuenta a partir de este momento.

Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros, para dudas o comentarios, contacte a su Agente de Seguros quien con gusto lo atenderá o llámenos al **01 800 00 83 693**.

Protege en un solo lugar lo más valioso de tu vida.

Atentamente

Seguros SURA

CONDUSEF-001770-02

AVISO IMPORTANTE

El Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, determina que si la Prima o la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades, no ha sido pagada dentro de los 30 días naturales posteriores a la iniciación de la vigencia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente.

La fecha de pago, es aquella en la que el Asegurado, entera el importe de la Prima, bien a la Compañía o a los conductos de recepción de pago autorizados por esta.

Gracias por su pago oportuno.

Seguros SURA, S. A. de C. V.

CONTENIDO

CONDICIONES GENERALES	7
SECCIÓN PRIMERA	7
DEFINICIONES	7
SECCIÓN SEGUNDA	13
COBERTURA BÁSICA	13
COBERTURAS ADICIONALES	13
SECCIÓN TERCERA	30
EXCLUSIONES	30
SECCIÓN CUARTA	40
DISPOSICIONES GENERALES	40

Seguros SURA, S.A. de C.V. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía), de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales contenidas en esta Póliza, y en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y/o Solicitante de este Seguro (que en lo sucesivo se denominará el Asegurado), y que constituyen las bases de este Contrato, otorga a la persona física o moral que se señala en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de la misma, cobertura contra los riesgos que a continuación se expresan, siempre que en la carátula de la Póliza aparezcan como amparados.

Sin texto

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN PRIMERA

DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza, cada una de las siguientes palabras y frases tendrán el siguiente significado:

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.

Aerolínea.

Línea aérea comercial autorizada legalmente para el transporte regular de pasajeros en Viaje de itinerario regular.

Aeronave

Avión operado por una Aerolínea.

Asegurado

Es toda persona física que se encuentra amparada por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula de la misma.

También se entiende como Asegurado a cada uno de los miembros de la familia asegurable, que a solicitud del Contratante, han quedado amparados bajo esta Póliza y siempre que así se establezca en la carátula.

Beneficiario

Es la persona designada por cada uno de los Asegurados para recibir el beneficio del seguro en caso de su fallecimiento.

Boleto

Es el comprobante para viaje expedido por cualquier línea transportista legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.

Caso Fortuito o Fuerza Mayor

Es el acontecimiento que no ha podido ser previsto pero que, aunque lo hubiera sido, no habría podido evitarse.

Compañía

Seguros SURA S.A. de C.V..

Contratante

Es la persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro y que está obligado al pago de la prima.

Costos Usuales y Acostumbrados

Costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquélla en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, se encuentren cubiertos.

Deducible

Está estipulado en la carátula de la póliza y es la participación del Asegurado en el monto de la reclamación a reembolsar por cada accidente o enfermedad amparados. Para que una enfermedad o accidente sea cubierto, el monto de la reclamación deberá rebasar el monto del deducible.

Día

Período de veinticuatro (24) horas consecutivas.

Emergencia

Es una Enfermedad Cubierta o Accidente Cubierto que se presenta en forma súbita o inesperada, se manifiesta a través de síntomas agudos que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y hace que el Asegurado requiera de atención médica inmediata. Para considerar un evento como emergencia médica, el peligro para la salud o integridad del Asegurado debe ser real y no sentido, por tanto debe ser certificada por un Médico.

Endoso o Cláusula Adicional

Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares del Contrato, previamente registrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Enfermedad Congénita

Se entiende como congénita, la enfermedad con que se nace o se contrae en el útero materno.

Enfermedad Cubierta

Afección o patología que el Asegurado contraiga o manifieste por primera vez, con posterioridad al inicio de vigencia de la Póliza, que constituya el fundamento del reclamo presentado por el Asegurado.

Equipaje Registrado

Significa el equipaje que haya sido registrado con una Línea Transportista debidamente constituida y autorizada para prestar el servicio.

El equipaje debe encontrarse bajo custodia, emitiendo un recibo como comprobante.

Falla de Equipo

Significa cualquier desperfecto repentino, no pronosticado, del equipo de Transporte Público que causa la demora o interrupción de viajes normales.

Familia Asegurable

Es el titular y cada uno de sus dependientes que se indican en la carátula de la Póliza.

a) Asegurado Titular: Es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurable y que ha quedado registrado como tal.

b) Asegurado Dependiente: Las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Titular:

a. Su cónyuge, si su edad es igual o menor de setenta y nueve (79) años a la fecha de la emisión de la Póliza; y

b. Sus hijos solteros mayores de tres meses y menores de veinticuatro (24) años; siempre que sean estudiantes de tiempo completo.

Familiar Directo.

Significa el cónyuge, hijos, padres y hermanos del Asegurado Titular, residentes en la República Mexicana.

Hospital o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentre y que opera bajo supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Hospitalización

Internamiento del Asegurado en un Hospital o Sanatorio derivado de un Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta por esta Póliza, bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período mínimo de veinticuatro (24) horas continuas.

Huelga

Cualquier desacuerdo laboral que demore la salida o llegada de un Transporte Público.

Ley

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Línea Transportista

Significa empresa autorizada para prestar el servicio de transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares utilizando vehículos de tipo aéreo, marítimo o terrestre.

Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma, que no sea familiar del Asegurado y que no viva en la misma casa del Asegurado.

Padecimiento Preexistente

Son aquellos padecimientos y/o Enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del contrato:

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

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

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. **En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.**

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía 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.

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.

Pasajero

Es la persona que hace uso del transporte público y que cuenta con un Boleto para ello. Queda excluido el personal que se encuentre de servicio en el mismo.

Periodo de Espera

Es el periodo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el siniestro, para que entérminos contractuales se origine el pago del beneficio. El periodo de espera se indica en la carátula de la Póliza en cada cobertura en que aplique el mismo.

Periodo de Deducible

Es el número mínimo de horas indicado en la carátula, que el Asegurado debe estar internado en un hospital para empezar a recibir la indemnización contratada. Este período aplicará sólo la primera vez que se hospitalice el Asegurado.

Prima

Es el valor determinado por la Compañía que el Contratante deberá solventar como contraprestación por las coberturas del seguro contratadas.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Tiene el significado que la Organización Mundial de Salud le atribuye, el SIDA incluirá el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y “ARC” (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).

Siniestro

Evento cuya realización origine el pago de una indemnización por parte de la Compañía, en los términos de la Póliza.

Suma Asegurada

Es la cantidad contratada para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder el Siniestro y que se encuentra especificada en la Carátula de la Póliza.

Terrorismo

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar a un Gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del Estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

Transporte Público

Vehículo aéreo, marítimo o terrestre autorizado para el transporte público de pasajeros con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares.

Unidad de Terapia Intensiva

Sala de un Hospital o Sanatorio que funciona las veinticuatro (24) horas y que se destina a la atención de pacientes gravemente enfermos, mediante servicios médicos especiales y equipo no disponible en una sala común de recuperación, postoperatoria u otras salas de cuidados intensivos.

Viaje

El trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que salga de su domicilio o lugar de origen, hacia su destino, siempre y cuando éste se encuentre por lo menos a una distancia de cincuenta (50) kilómetros del lugar de Origen, y de regreso a dicho domicilio o lugar de origen, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por medio aéreo, marítimo o terrestre.

Vuelo

Un desplazamiento en el aire realizado a bordo de una aeronave.

SECCIÓN SEGUNDA COBERTURAS

I. Descripción de Coberturas. COBERTURA BÁSICA

1. Indemnización por Fallecimiento Accidental.

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente cubierto ocurrido durante la Vigencia de este seguro.

Se entenderá como fallecimiento inmediato, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes después de ocurrido el Accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente cubierto.

La suma asegurada por fallecimiento para los Asegurados menores de doce años es una ayuda para gastos funerarios, la cual no podrá ser mayor a sesenta veces el salario mínimo general mensual vigente a la fecha de sucedido el fallecimiento y el pago se efectuará al Asegurado Titular.

COBERTURAS ADICIONALES

1. Indemnización por Fallecimiento Accidental en Transporte Público.

La Compañía pagará la Suma Asegurada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como pasajero con Boleto en un Transporte Público.

La suma asegurada por fallecimiento para los Asegurados menores de doce años es una ayuda para gastos funerarios, la cual no podrá ser mayor a sesenta veces el salario mínimo general mensual vigente en a la fecha de sucedido el fallecimiento y el pago se efectuará al Asegurado Titular.

2. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.

La Compañía pagará los gastos médicos en que incurra el Asegurado, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, si el Asegurado sufre un Accidente Cubierto y/o Enfermedad Cubierta al estar viajando, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura,
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, el cual será de 7 días,
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente cubierto.

Se amparan los gastos erogados únicamente en territorio nacional.

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del médico cirujano.
- b. El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- c. El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- d. El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e. El costo de hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado (habitación privada estándar).
- f. El costo por utilización de una ambulancia terrestre. La Compañía reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada.

- g. El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento.
- h. El costo por consultas médicas con un máximo de una (1) por día y especialidad. Este límite no aplica para las consultas postoperatorias.
- i. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Aplica el deducible indicado en la carátula de la póliza.

3. Gastos Médicos por Accidente.

La Compañía pagará los gastos médicos en que incurra el Asegurado, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, si el Asegurado sufre un Accidente Cubierto al estar viajando, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura,
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, el cual será de 7 días,
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del accidente cubierto.

Se amparan los gastos erogados únicamente en territorio nacional.

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del médico cirujano.
- b. El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- c. El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.

- d. El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e. El costo de hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado (habitación privada estándar).
- f. El costo por utilización de una ambulancia terrestre. La Compañía reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada.
- g. El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento.
- h. El costo por consultas médicas con un máximo de una (1) por día y especialidad. Este límite no aplica para las consultas postoperatorias.
- i. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Aplica el deducible indicado en la carátula de la póliza.

4. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad con cobertura en el extranjero.

La Compañía pagará los gastos médicos en que incurra el Asegurado, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, si el Asegurado sufre un Accidente Cubierto y/o Enfermedad Cubierta al estar viajando en el extranjero, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura,
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, el cual será de 7 días,
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente cubierto.

Se amparan los gastos erogados en territorio nacional y en el extranjero

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del médico cirujano.
- b. El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- c. El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- d. El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e. El costo de hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado (habitación privada estándar).
- f. El costo por utilización de una ambulancia terrestre. La Compañía reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada.
- g. El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento.
- h. El costo por consultas médicas con un máximo de una (1) por día y especialidad. Este límite no aplica para las consultas postoperatorias.
- i. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Aplica el deducible indicado en la carátula de la póliza.

5. Gastos Médicos por Accidente con cobertura en el extranjero.

La Compañía pagará los gastos médicos en que incurra el Asegurado, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos, si el Asegurado sufre un Accidente Cubierto al estar viajando en el extranjero, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura,
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, el cual será de 7 días,
- c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del accidente cubierto.

Se amparan los gastos erogados en territorio nacional y en el extranjero

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a. El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del médico cirujano.
- b. El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- c. El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- d. El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e. El costo de hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado (habitación privada estándar).
- f. El costo por utilización de una ambulancia terrestre. La Compañía reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada.
- g. El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento.

- h. El costo por consultas médicas con un máximo de una (1) por día y especialidad. Este límite no aplica para las consultas postoperatorias.
- i. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Aplica el deducible indicado en la carátula de la póliza.

6. Gastos Dentales por Emergencia.

La Compañía pagará los gastos dentales en que incurra el Asegurado, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales requeridos, si el Asegurado sufre una Emergencia cubierta mientras se encuentre de Viaje, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento de ocurrencia de la Emergencia Cubierta.

El pago máximo que efectuará la Compañía por concepto de gastos dentales incurridos, no excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En todo caso, el cargo por servicios dentales deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Aplica el deducible indicado en la carátula de la póliza.

7. Gastos Dentales por Accidente.

La Compañía pagará los gastos dentales en que incurra el Asegurado, dentro de la vigencia de la cobertura, por los servicios y/o materiales y/o quirúrgicos requeridos, si el Asegurado sufre un Accidente cubierto mientras se encuentre de Viaje, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto.

El pago máximo que efectuará la Compañía por concepto de gastos dentales incurridos, no excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En todo caso, el cargo por servicios dentales deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Aplica el deducible indicado en la carátula de la póliza.

8. Traslado Médico de Emergencia.

La Compañía pagará los Gastos Cubiertos incurridos por concepto de traslados médicos en un transporte terrestre, marítimo o aéreo que sea necesario, si el Asegurado sufre un Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta durante la vigencia de esta cobertura y que le ocurra fuera de su lugar de residencia habitual estando de Viaje, que ponga en riesgo su vida, un órgano o la función del mismo, que a juicio de un Médico sea necesario su traslado y/o que no cuente con los medios necesarios a fin de proporcionarle la atención adecuada en el lugar de la ocurrencia.

Gastos Cubiertos:

- a. Los gastos por concepto de transportación médica del Asegurado en un medio de transporte aéreo, terrestre o marítimo desde el lugar en donde ocurra el Accidente Cubierto o la Enfermedad Cubierta hasta el Hospital o Sanatorio más cercano para recibir tratamiento médico.
- b. Los gastos por transportación médica del Asegurado desde el Hospital o Sanatorio en donde haya recibido el tratamiento médico, hasta su lugar de residencia, cuando el estado físico del Asegurado así lo amerite a efecto de continuar su tratamiento médico.
- c. Los gastos por la atención médica que se le proporcione al Asegurado durante su traslado.

El traslado médico deberá ser autorizado por un Médico, así como, utilizar la ruta más directa, segura y económica disponible.

El pago que efectúe la Compañía por concepto de traslados médicos Cubiertos, no excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

9. Repatriación de Restos

La Compañía pagará los Gastos Cubiertos incurridos si el Asegurado fallece durante la vigencia de esta cobertura y estando de Viaje fuera de su ciudad de residencia habitual.

Los gastos a cargo de la Compañía no excederán de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Gastos Cubiertos:

- a. Los gastos de transportación de los restos mortales al lugar de residencia del Asegurado.
- b. Los gastos de honorarios médicos, permisos y requisitos legales que sean necesarios a efecto de realizar la transportación de los restos.
- c. Los gastos por embalsamamiento, ataúd y cremación.

10. Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente

Si a consecuencia directa de una enfermedad cubierta o accidente cubierto, el Asegurado es Hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que haya transcurrido el periodo de deducible pactado, la suma asegurada diaria establecida en la carátula de la póliza y hasta por el número máximo de días estipulado en la misma.

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

Para el caso de enfermedad, se aplica el periodo de espera establecido en la carátula de la póliza, excepto en caso de Emergencia.

11. Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente

Si a consecuencia directa de un accidente no excluido de la presente póliza el Asegurado es Hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que haya transcurrido el periodo de deducible pactado, la suma asegurada diaria establecida en la carátula de la póliza y hasta por el número máximo de días estipulado en la misma.

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

12. Cancelación de Viaje.

La Compañía pagará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si, previo a la fecha de salida contratada, el Asegurado se ve impedido, a juicio de un Médico, para realizar el viaje a consecuencia de alguna enfermedad, accidente o fallecimiento sufrido por el mismo o por algún Familiar Directo (padres, hijos, hermanos o cónyuge).

La indemnización corresponderá a los gastos de viaje contratados y no reembolsables por la Línea Transportista y/o Prestador de Servicios, debiendo el Asegurado o beneficiario comprobar tal situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida.

El viaje deberá haber sido contratado con una Línea Transportista de pasajeros y, en forma simultánea, la contratación del seguro.

Un Médico deberá recomendar clínicamente la cancelación de su viaje, debido a la gravedad del Asegurado y/o Familiar directo.

La indemnización que efectúe la Compañía por la cancelación del viaje, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

13. Interrupción de Viaje.

La Compañía pagará hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado se ve obligado a interrumpir su viaje, a consecuencia de alguna enfermedad, accidente o fallecimiento sufrido por el mismo o por algún Familiar Directo (padres, hijos, hermanos o cónyuge).

La indemnización corresponderá a los gastos de viaje contratados no utilizados y no reembolsables por la Línea Transportista y /o Prestador de Servicios, debiendo el Asegurado comprobar tal situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida. Asimismo, la Compañía pagará el boleto de regreso a su ciudad de origen y de vuelta a su destino de viaje para reanudar el mismo.

Un Médico deberá recomendar clínicamente la interrupción de su viaje, debido a la gravedad del Asegurado y/o Familiar Directo.

La indemnización que efectúe la Compañía por la interrupción del viaje, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

14. Pérdida de Equipaje

La Compañía indemnizará al Asegurado, si su Equipaje Registrado es robado o extraviado totalmente mientras esté bajo custodia de la Línea Transportista utilizada por el Pasajero, Operador Turístico u Hotel. El periodo de espera para dictaminar la pérdida de Equipaje Registrado será de 15 días naturales, contados a partir de la fecha de su extravío.

El pago máximo que efectuará la Compañía por el total del Equipaje Registrado robado o extraviado no excederá de la Suma Asegurada contratada por persona para esta cobertura, misma que se muestra en la tabla de beneficios de acuerdo al tipo de plan contratado y sin importar el número, cantidad o volumen del Equipaje Registrado.

No se considera pérdida de equipaje, la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública, ni el transporte de contrabando o comercio ilegal.

15. Demora de Equipaje Registrado

La Compañía Indemnizará al Asegurado, mediante reembolso, los gastos incurridos por la compra razonable de productos esenciales para su uso personal hasta que su Equipaje Registrado llegue, si la Aerolínea retrasa o desvía su equipaje registrado por un período de al menos 8 horas.

Para hacer efectivo el pago para este beneficio es necesario se presente lo siguiente:

- a. Que el Equipaje Registrado se haya retrasado durante su transporte por la Aerolínea en vuelo regular.
- b. Que el Equipaje Registrado fuese registrado por el Asegurado en el mismo vuelo en el que él viajaba,
- c. Que el Equipaje Registrado haya sido reportado como retrasado ante la línea aérea responsable.
- d. Que el Asegurado no haya recibido un aviso por parte de la Aerolínea de demora de equipaje al momento de documentarse como consecuencia de condiciones controladas.

El pago máximo que efectuará la Compañía por el total de gastos incurridos por la demora del Equipaje Registrado, no excederá de la Suma Asegurada contratada por persona para esta cobertura, misma que se muestra en la tabla de beneficios de acuerdo al tipo de plan contratado y sin importar el número, cantidad o volumen del Equipaje Registrado.

Para hacer la reclamación, será necesario que el Asegurado presente los documentos originales de las facturas o notas de compra con los requisitos fiscales que correspondan, mismo que deberá tener desglosados los artículos comprados, así como el documento expedido por la Aerolínea que ampare la demora del Equipaje Registrado.

16. Responsabilidad Civil en Viajes

La contratación de esta cobertura ampara, hasta el límite de suma asegurada, por aquellas cantidades que el Asegurado llegue a estar legalmente obligado a pagar, por reparación del daño, en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros o daños a bienes de terceros que cause por actos u omisiones propios, no dolosos, durante un Viaje cubierto que tenga lugar durante la vigencia de este seguro.

Adicionalmente, la Compañía pagará los gastos de defensa incurridos por el Asegurado con el consentimiento por escrito de la Compañía, derivados de cualquier reclamación y/o juicio presentado en contra del Asegurado directamente derivado de la responsabilidad civil en que incurra conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior.

El pago de los gastos de defensa del Asegurado únicamente incluye lo siguiente:

- a. El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el Asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por este contrato de seguro. En consecuencia, no se consideran comprendidas dentro de las obligaciones que la Compañía asuma bajo este contrato, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.
- b. El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el Asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
- c. El pago de los gastos en que incurra el Asegurado, con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

Límite de Suma Asegurada

El límite de suma asegurada que se contrata para esta cobertura es un límite único y combinado para todas las pérdidas que ocurrieran durante la vigencia de este contrato, por lo que cada indemnización que la Compañía pague, irá disminuyendo la suma asegurada que se ha contratado para esta cobertura de responsabilidad civil y se pagarán indemnizaciones hasta que se agote el monto establecido como límite.

El Asegurado no deberá de realizar ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía.

Si la Compañía lo considera necesario, ésta asumirá y conducirá la defensa o la presentación de cualquier reclamación y/o juicio interpuesto en contra del Asegurado con el propósito de apersonarse en dicho procedimiento.

El Asegurado coadyuvará con la Compañía en su defensa o en el seguimiento de cualquier reclamación y/o juicio, proporcionando oportunamente a la Compañía cualquier información y documentos que tenga disponibles para su defensa, así como a comparecer al procedimiento instaurado en su contra y en su caso otorgar poderes en favor de los abogados que la Compañía designe para que lo representen en el procedimiento, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos.

En caso de que el Asegurado no cumpla con cualquiera de las obligaciones arriba descritas, la Compañía podrá deslindarse de cualquier responsabilidad derivada del siniestro por el cual se entabló la demanda.

17. Traslado de emergencia para un acompañante del Asegurado

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente o Enfermedad cubiertos durante su Viaje, fuera de su lugar de residencia, la Compañía le reembolsará, dentro del límite máximo señalado en la carátula de la póliza, los gastos de ida y vuelta de un acompañante al lugar en donde el Asegurado haya sido hospitalizado, en el medio de transporte que resulte más apropiado para el traslado.

18. Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado se invalida Total y Permanentemente a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la vigencia de la presente póliza.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente por Accidente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el período de espera de seis (6) meses.

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

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no opera el periodo de espera arriba señalado: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cobertura se entiende por pérdida de las manos, la mutilación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y por pérdida del pie, la mutilación o anquilosamiento desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (a nivel del tobillo o arriba de él).

19. Indemnización por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado se invalida Total y Permanentemente a consecuencia de un Accidente Cubierto o Enfermedad cubierta ocurrida durante la vigencia de la presente póliza.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente Cubierto o Enfermedad cubierta que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el período de espera de seis (6) meses.

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

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez y no opera el periodo de espera arriba señalado: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de esta cobertura se entiende por pérdida de las manos, la mutilación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y por pérdida del pie, la mutilación o anquilosamiento desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (a nivel del tobillo o arriba de él).

20. Demora de Viaje

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos por concepto de comida, alojamiento y transporte, en caso de que su viaje incurra en una demora mientras el Asegurado es Pasajero de una Línea Transportista.

El reembolso se efectuará siempre y cuando:

- a. La demora ocurra durante la vigencia de la cobertura.
- b. La demora sea mayor de doce (12) horas y sea originada por huelga, secuestro del vehículo, falla del vehículo, Caso Fortuito o Fuerza Mayor que afecte al vehículo marítimo, terrestre o aéreo, o bien, a la Línea Transportista en la cual el Asegurado se encuentre registrado para viajar.
- c. La línea Transportista certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.

Para esta cobertura la Compañía pagará hasta un máximo de diez (10) días o hasta agotar la Suma Asegurada.

Esta cobertura no tendrá efecto cuando la demora de viaje se deba a causas que se hayan hecho públicas o que se hayan hecho del conocimiento del Asegurado antes de la salida de su viaje.

21. Robo con violencia de Hogar durante viaje

Propiedad Asegurada: La palabra bienes se entenderá que incluye todas las pertenencias del Asegurado o de cualquier miembro directo de su familia, sirviente o huésped, que no pague manutención o alojamiento, que se encuentren dentro del inmueble correspondiente al domicilio permanente del Asegurado, siempre que dicho inmueble sea de uso exclusivo habitacional unifamiliar y construido con muros de concreto o tabique.

Bienes Cubiertos: Con límite de la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza, se ampararán los siguientes bienes:

- a. El menaje de la vivienda, como son bienes muebles, enseres, ropa y otros objetos o bienes de uso doméstico o familiar.
- b. Artículos deportivos; equipo electrónico y/o electrodoméstico; cámaras fotográficas y similares.

Riesgos Cubiertos: Esta Cobertura ampara exclusivamente pérdidas o daños ocurridos durante un Viaje que realice el Asegurado dentro de la cobertura de la póliza, de acuerdo a las definiciones de esta póliza a consecuencia de:

a. Robo de contenidos perpetrado por cualquier persona o personas, que haciendo uso de violencia del exterior al interior de la vivienda en que se encuentren los bienes, dejen señales visibles de la violencia en el lugar por donde se penetró al interior del inmueble señalado como domicilio permanente del Asegurado.

Suma Asegurada: La Suma Asegurada de esta póliza será un valor contratado, que no es prueba ni de la existencia ni del valor de los bienes que posea el Asegurado, únicamente representa la base para limitar la responsabilidad máxima de la Compañía.

22. Cobertura de Incendio de Hogar durante viaje

Se consideran cubiertos hasta por la suma asegurada los bienes que a continuación se describen.

- a. Construcción material del edificio principal incluyendo su cimentación y todas sus instalaciones fijas para el abastecimiento de agua, gas, electricidad, saneamiento, calefacción y refrigeración, así como las mejoras y adaptaciones realizadas al mismo.
- b. Construcciones materiales adicionales a la principal, independientes y destinadas a uso habitacional o vigilancia, incluyendo su cimentación y sus instalaciones fijas para el abastecimiento de agua, gas, electricidad, saneamiento, calefacción y refrigeración así como las mejoras y adaptaciones que se le hayan realizado. En caso de inmuebles bajo el régimen de condominio quedan incluidas las partes proporcionales de los elementos en común.

Los incisos a y b descritos arriba corresponden al inmueble utilizado como domicilio permanente del Asegurado, siempre que dicho inmueble sea de uso exclusivo habitacional unifamiliar y construido con muros de concreto o tabique.

Riesgo Cubierto: Daños directos, durante un viaje que realice el Asegurado dentro de la vigencia de la póliza, causados por: Incendio y/o rayo, se excluye cualquier daño que no esté directamente relacionado con el riesgo anteriormente descrito.

Suma Asegurada: La Suma Asegurada de esta póliza será un valor contratado, que no es prueba ni de la existencia ni del valor del inmueble que posea el Asegurado, únicamente representa la base para limitar la responsabilidad máxima de la Compañía.

23. Pérdidas Orgánicas por Accidente Escala A o B.

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Indemnizaciones, la COMPAÑÍA pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura, según la escala contratada.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

PERDIDA POR	INDEMNIZACIÓN	
	ESCALA "A"	ESCALA "B"
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-----	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	-----	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	-----	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	-----	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	-----	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	-----	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	-----	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	-----	6%
Cualquier dedo del pie	-----	6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- a. Por pérdida de la mano: la mutilación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- b. Por pérdida del pie: la mutilación o anquilosamiento desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (a nivel del tobillo o arriba de él);
- c. Por pérdida de los dedos: la mutilación o anquilosamiento desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- d. En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la Vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para este Beneficio.

SECCIÓN TERCERA

EXCLUSIONES

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el Siniestro tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias o cuando ocurra en las situaciones o personas que se describen a continuación:

- 1. Para todas las coberturas, con excepción de las relativas a Repatriación de Restos; Pérdida de Equipaje; Demora de Equipaje Registrado; Responsabilidad Civil en Viajes; Demora de Viaje; Robo con Violencia de Hogar Durante Viaje y Cobertura de Incendio de Hogar Durante Viaje:**
 - 1.1. Accidentes o Enfermedades que se originen por :**
 - a. Participar en Guerra declarada o no, civil o internacional. Actos de guerrilla, rebelión, insurrección, sedición, motín, Terrorismo o Actos de Terrorismo cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo, huelga o tumulto popular,**

- b. Todos los eventos relacionados con la participación directa del Asegurado en un acto delictuoso o empresa criminal de cualquier tipo. Así como peleas o riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.
 - c. Lesiones auto-infligidas, suicidio o su tentativa, ya sea que se cometa en estado de enajenación mental o no.
 - d. Fallecimiento o lesiones sufridas por culpa, impericia o negligencia graves del Asegurado como consecuencia de estar en estado alcohólico o por uso de drogas, excepto si fueron prescritas por un Médico. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor de 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre.
 - e. Alcoholismo o Toxicomanía.
 - f. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 - g. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
 - h. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
 - i. Riesgos nucleares o atómicos.
- 1.2. Salvo pacto en contrario, esta Póliza no ampara Accidentes que se originen por participación en actividades como:
- j. Aviación privada en calidad de tripulante, piloto, mecánico en vuelo o pasajero, en taxis aéreos y/o aeronaves que no pertenezcan a Líneas Transportistas.
 - k. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - l. Piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave (servicio comercial).
 - m. Como conductor o pasajero de motocicletas y/o vehículos de motor similares, marítimos y terrestres.

- n. La practica o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como: buceo, inmersión submarina, alpinismo, caza, tauromaquia, escalada en roca, montañismo, espeleología, paracaidismo, vuelo delta, parapente, planeadores, rafting, rappel, kayaking, puenting, bungee jumping o caída libre, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, equitación, charrería, polo, artes marciales, jet-ski, deportes de invierno, tiro, motonáutica, automovilismo, carreras de vehículos motorizados, así como de cualquier deporte de forma profesional.**

2. Para las coberturas de:

- a. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad**
- b. Gastos Médicos por Accidente**
- c. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad con cobertura en el extranjero**
- d. Gastos Médicos por Accidente con cobertura en el extranjero**
- e. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente.**
- f. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente**
- g. Traslado Médico de Emergencia.**

**La Compañía no pagará indemnización alguna que resulte de:
Gastos incurridos a consecuencia de:**

- a. Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.**
- b. Cualquier tratamiento o procedimiento que haya sido programado con anterioridad al viaje.**

- c. Tratamiento Psiquiátricos y/o Psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un Accidente.**
- d. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.**
- e. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un accidente.**
- f. Anomalías congénitas y condiciones que resulten o surjan de las mismas.**
- g. Diagnósticos y tratamientos de acné.**
- h. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad haya causado el deterioro de la visión o de la audición.**
- i. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.**
- j. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- k. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.**
- l. Enfermedades que son transmitidas sexualmente.**
- m. Curas de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos como check-ups.**
- n. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH +.**

- o. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- p. Costos de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
- q. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
- r. Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.**
- s. Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.**
- t. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.**
- u. Tratamientos experimentales.**
- v. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.**
- w. Tratamientos por problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.**
- x. Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus complicaciones derivadas de la impotencia o disfunción sexual.**
- y. Que el Asegurado ingrese al hospital en calidad de donador de algún órgano.**
- z. Cuando la hospitalización se efectúe en una institución de seguridad social, establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante donde no se exige remuneración.**
- aa. Epidemias oficialmente declaradas por las autoridades de salud.**

3. Para la cobertura de Pérdida de Equipaje:

La Compañía no pagará indemnización alguna que resulte de:

- a. Pérdidas o robos parciales de cualquier tipo.**
- b. Pérdida de: Animales, automóviles o equipos de automóviles, cualquier vehículo de transporte y sus accesorios (excepto bicicletas cuando se registren como equipaje), menaje de casa, anteojos o lentes de contacto, dientes postizos o puentes dentales, audífonos, miembros protésicos, instrumentos musicales, dinero, valores o tarjetas de crédito, o títulos nobiliarios, boletos de transporte público, documentos, artículos perecederos o de consumo, cualquier tipo de cámara, equipo electrónico, materiales u objetos de trabajo, radios y bienes similares, y objetos de arte.**
- c. Esta Póliza no ampara las pérdidas totales o parciales que resulten de: Expropiación por cualquier gobierno o aduanas, la rotura de cualquier tipo de cámara, materiales e instrumentos de trabajo musicales, radios y bienes similares, objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no registrado en la Línea Transportista y equipaje confiscado o destruido por aduanas o agencias del gobierno.**

4. Para la cobertura de Demora de Viaje:

La Compañía no pagará indemnización alguna que resulte de:

- a. Cualquier demora debida a un riesgo cubierto que la Compañía demuestre se le hizo saber al Pasajero con veinticuatro (24) horas de anticipación a la salida del Viaje.**

5. Para las coberturas de:

- a. Cancelación de Viaje.**
- b. Interrupción de Viaje.**

La Compañía no pagará indemnización alguna que resulte de:

- a. Padecimientos Preexistentes del Asegurado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.**

6. Para la cobertura de Responsabilidad Civil en Viajes:

Queda entendido y convenido que esta cobertura en ningún caso ampara, ni se refiere a:

- a. Responsabilidades ajenas, en las que el Asegurado, por convenio o contrato, se comprometa a la substitución del obligado original, para reparar o indemnizar eventuales y futuros daños a terceros en sus personas o en sus propiedades.**
- b. Responsabilidades por y/o daños ocasionados a bienes propiedad de terceros que:**
 - 1. Estén en posesión del Asegurado por depósito, custodia o por disposición de autoridad.**
 - 2. Estén en poder del Asegurado en arrendamiento, subarriendo o comodato.**
- c. Responsabilidades como consecuencia de extravío de bienes o robo.**
- d. Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos terrestres de motor.**
- e. Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente o con complicidad y/o participación del Asegurado.**
- f. Responsabilidades derivadas de daños sufridos por su cónyuge, padres, hijos, hermanos, padres políticos, hermanos políticos u otros parientes del Asegurado, que habiten permanentemente con él.**
- g. Culpa grave o negligencia inexcusable de la víctima.**

- h. Reclamaciones por y/o daños causados por caso fortuito o fuerza mayor, riñas, peleas, actos mal intencionados, alborotos populares, huelgas, anuncio de bombas y/o peligro de bombas y/o similares.**
 - i. Cualquier reclamación que sea resultado del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedad de transmisión sexual imputada al Asegurado.**
 - j. Multas, penas y perjuicios.**
 - k. Lesiones Físicas o daños a bienes a los cuales se le puede imputar culpa grave al Asegurado por:**
 - 1. Encontrarse bajo los efectos del alcohol.**
 - 2. Que el Asegurado haya originando o contribuido a la intoxicación de la persona que directamente cause el daño.**
 - l. Lesiones Físicas o Daños a bienes que se deriven de:**
 - 1. La transportación de equipo móvil por un automóvil propiedad de, u operado por o rentado o prestado a cualquier Asegurado; o**
 - 2. El uso del equipo móvil para cualquier carrera de velocidad.**
- 7. Para la cobertura de Robo con violencia de Hogar durante viaje:**

Este Seguro no cubre los bienes Asegurados contra:

- a. Robo en que intervinieren personas por las cuales el Asegurado fuere civilmente responsable.**
- b. Robo causado por los Beneficiarios o causahabientes del Asegurado o por los apoderados de cualquiera de ellos.**
- c. Robo de lingotes de oro y plata, pedrerías que no estén montadas, o documentos de cualquier clase no negociables, timbres postales o fiscales, cheques, letras, pagarés, libros de contabilidad u otros libros de comercio.**

- d. Pérdida o daño a bienes que se encuentren en patios, azoteas, jardines o en otros lugares al aire libre.
- e. Actos de huelguistas o personas que tomen parte en paros, disturbios de carácter obrero, motines, alborotos populares, vandalismo o actos de personas mal intencionadas, durante la realización de tales actos.
- f. Destrucción de los bienes por actos de autoridad, legalmente reconocida con motivo de sus funciones.
- g. Hostilidades, actividades u operaciones de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra intestina, revolución, rebelión, insurrección, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de hecho o de derecho.
- h. Expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención de los bienes por las autoridades legalmente reconocidas, con motivo de sus funciones.
- i. Terrorismo: Medidas tomadas para impedir, controlar o reducir las consecuencias que se deriven de cualquier acto de terrorismo y/o cualquier daño consecuencial derivado de un acto de terrorismo.

Para los efectos de esta Cláusula se entiende por terrorismo:

- a. Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación o tratar de menoscabar la autoridad del estado.

- b. Las pérdidas o daños materiales directos e indirectos que, con un origen mediato o inmediato, sean el resultante del empleo de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por cualquier otro medio violento, en contra de las personas, de las cosas o de los servicios públicos y que ante la amenaza o posibilidad de repetirse, produzcan alarma, temor, terror o zozobra en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública.**

Esta exclusión operará siempre y cuando el Asegurado sea sujeto activo del acto terrorista.

- j. Datos: Para los efectos de esta exclusión, la palabra Datos significa; información o conceptos, o representaciones de información o conceptos, en cualquier forma. Esta póliza no asegura Datos.**

La indemnización otorgada por esta póliza no será de aplicación a pérdida o daño(s) de cualquier índole, que resulte(n) directamente de cualquiera de los siguientes eventos, o que sean causados por el mismo o a la cual (a los cuales) tal evento haya contribuido:

- a. El borrado, la destrucción, la corrupción, la sustracción, la malversación o la mala interpretación de Datos;**
- b. Cualquier error en la creación, la modificación, el ingreso, la supresión o el uso de “Datos”;**
- c. Cualquier incapacidad para recibir, transmitir o utilizar Datos.**

SECCIÓN CUARTA

DISPOSICIONES GENERALES

1. Estructura del Contrato.

Para todos los efectos a que haya lugar, el Contrato de Seguro se integrará por las declaraciones del Asegurado proporcionadas a la Compañía, la carátula de Póliza, los endosos que se agreguen y las condiciones generales. Documentos que hacen prueba del contrato de seguro celebrado entre las partes.

2. Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta Póliza, pudiendo ser contratado por días, semanas, meses y hasta un año.

3. Omisiones o Inexactas Declaraciones.

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos que se le pregunten facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley).

4. Modificaciones al Contrato

Sólo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este Contrato por escrito, previo acuerdo entre el Asegurado y la Compañía por medio de cláusulas adicionales o endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene la facultad para hacer concesiones o modificaciones. 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 reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley).

5. Notificaciones

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

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

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

6. Primas.

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

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de tiempo de igual duración, no inferiores a un mes, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento que corresponda.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía o en las Instituciones Bancarias señaladas por ésta, contra entrega del recibo correspondiente.

En caso de que el Contratante opte por realizar el pago de la prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado, el Estado de Cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la Institución Financiera, en dónde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

7. Período de Gracia

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción que corresponda dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de ese plazo.

8. Deducciones.

Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización a cargo de la Compañía.

CLÁUSULA 25a. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la Compañía, 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 una indemnización o capital en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúa 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.

10. Carencia de Restricciones

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

11. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

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

La Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado, así como a comprobar la veracidad de los hechos declarados por el Asegurado, beneficiarios o sus representantes.

12. Pago de Indemnizaciones

La Compañía 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 todos los documentos e información necesaria para conocer el fundamento de la reclamación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley.

13. Moneda

Tanto el pago de la Prima como de las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en moneda nacional en cualquiera de las oficinas de la Compañía en la República Mexicana en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

14. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar y cambiar libremente a sus Beneficiarios, siempre que no hubiere renunciado a su derecho al hacer una designación irrevocable, en los términos abajo expresados.

El Asegurado deberá notificar el cambio de Beneficiarios remitiendo la carátula para su anotación.

En caso de que la notificación no sea recibida oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este Contrato.

El Asegurado, aun en el caso de que haya designado en la Póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciera alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le hubiese designado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no hubiese Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legítima del Asegurado. La misma regla se observará, en caso de que sólo se hubiese designado un Beneficiario y éste muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, sin que se hubiese designado a algún Beneficiario substituto.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, haciéndola irrevocable, siempre y cuando esa renuncia o designación irrevocable sea notificada por escrito al Beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato.

“ADVERTENCIA”:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso 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.

15. Edad

Se considera como edad, la edad alcanzada del Asegurado, consistente en el número de años cumplidos en la fecha de contratación del seguro. Las edades mínimas y máximas de aceptación serán tres (3) meses y setenta y nueve (79) años, respectivamente.

La edad del Asegurado asentada en esta Póliza debe comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien lo anotará en la Póliza o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas.

Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier Beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía 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 Compañía, 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 Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía 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 Compañía 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 hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso 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 Compañía 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.

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 Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

16. Terminación del Contrato.

Las obligaciones de la Compañía terminarán al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a. A la terminación de la vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.
- b. A la muerte del Asegurado Titular.
- c. Por falta de pago de la Prima correspondiente a la Póliza.
- d. Por cancelación del Contrato a solicitud del Asegurado, en cuyo caso, la Compañía devolverá, dentro de los 30 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación de cancelación, la prima no devengada a la fecha de la solicitud de Cancelación, mediante cheque o transferencia a la cuenta del Asegurado.

17. Rehabilitación.

No obstante lo dispuesto en la cláusula Periodo de Gracia, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la Prima de este seguro. En este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este 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 trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la Prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley, 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 rehabilitado 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 Compañía, 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.

18. Competencia.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía 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. 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.

19. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del artículo 81 de la Ley, salvo en los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

20. Territorialidad

Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere directamente por un viaje a, en, o a través de Afganistán, Bielorusia, Burma, República Democrática del Congo, Egipto, Eritrea, Republica Federal de Yugoslavia y Serbia, Irán, Irak, Costa de Marfil, Líbano, Liberia, Libia, Mali, Corea del Norte, República de Guinea, República de Guinea-Bisau, Somalia, Sudan, Sudan del Sur, Siria, Tunisia, Yemen, Zimbabwe.

21. Comisiones y Compensaciones

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

22. Pruebas

Las pruebas requeridas para hacer efectivo el pago de las Coberturas Cubiertas se especifican a continuación:

1. Muerte Accidental

- Carta Reclamación del Beneficiario: En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y la fecha de ocurrencia fechado y firmado.
- Original de la Declaración de Fallecimiento, en el formato que proporcione la Compañía para tal efecto.
- Original de la designación de Beneficiarios, si la tuviese.
- Original o copia certificada y Copia del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copias Certificadas de las Actuaciones practicadas ante el Ministerio Público, anexando inspección del lugar de los hechos, identificación del cadáver, declaraciones testimoniales, necropsia, exámenes químico-toxicológicos y dictamen final.
- Original o copia certificada y Copia del Acta de matrimonio. (Solo en caso de que el beneficiario (a) sea el cónyuge del afectado)
- Original y Copia de la Identificación Oficial Vigente de los beneficiarios, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar, de cada uno de los beneficiarios, así como del Asegurado

Importante: la copia de la Identificación Oficial Vigente deberá traer la siguiente leyenda: “Actúo en nombre y por cuenta propia”, así como la firma del beneficiario al que pertenece dicha Identificación.

- Original y Copia Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación de cada uno de los beneficiarios.

2. Muerte Accidental en Transporte Público.

- Carta Reclamación del Beneficiario: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y la fecha de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Original de la Declaración de Fallecimiento, en el formato que proporcione la Compañía para tal efecto.
- Original de la Designación de Beneficiarios, si la tuviese.
- Original o copia certificada y Copia del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia certificada de las Actuaciones practicadas ante el Ministerio Público, anexando inspección del lugar de los hechos, identificación del cadáver, declaraciones testimoniales, necropsia, exámenes químico-toxicológicos y dictamen final. **En el caso de Muerte Accidental en Transporte Público deberá incluirse las narraciones de hechos y las pruebas periciales practicadas en la indagatoria.**
- Original o copia certificada y Copia del Acta de matrimonio. **(Solo en caso de que el beneficiario (a) sea el cónyuge)**
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado afectado.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente de los beneficiarios, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del beneficiario al que pertenece dicha identificación.

- Original y Copia Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación, de cada uno de los beneficiarios.

3. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.

- Carta Reclamación del Asegurado: En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.
- Formato de relación de documentos, entregado por la Compañía.
- Original del Aviso de accidente, formato entregado por la Compañía
- Original del Informe médico firmado por el médico tratante, formato entregado por la Compañía
- Originales de Estudios y/o interpretaciones médicas.

- Facturas originales a nombre del contratante o Asegurado indicando desglose de gastos unitarios con su breve descripción.
- Original y Copia Identificación Oficial Vigente del Asegurado afectado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado afectado.

- Original y Copia del Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

4. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad en el Extranjero.

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Formato de relación de documentos, entregado por la Compañía.
- Original de Aviso de accidente, formato entregado por la Compañía.
- Original de Informe médico firmado por el médico tratante, formato entregado por la Compañía.
- Originales de Estudios y/o interpretaciones médicas.
- Facturas originales a nombre del contratante o Asegurado indicando desglose de gastos unitarios con su breve descripción.
- Estado de cuenta bancario indicando el pago de los servicios médicos en el extranjero que se reembolsará al tipo de cambio en que ocurre el siniestro, siempre y cuando los gastos se hayan pagado con tarjeta de crédito o débito.
- Recetas médicas.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado afectado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado afectado.

- Original y Copia del Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

5. Gastos Dentales por Emergencia o Accidente.

- Carta Reclamación del Asegurado: En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.
- Aviso de accidente, formato entregado por la Compañía.
- Informe médico firmado por el médico tratante, formato entregado por la Compañía.
- Original de Estudios y/o interpretaciones médicas.
- Facturas originales a nombre del contratante o Asegurado indicando desglose de gastos unitarios con su breve descripción.
- Recetas médicas.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado afectado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado afectado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

6. Traslado Médico de Emergencia.

- Carta Reclamación del Asegurado: En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.
- Formato de Relación de documentos, entregado por la Compañía.
- Aviso de accidente, formato entregado por la Compañía.
- Original de Informe médico firmado por el médico tratante autorizado para respaldar este tipo de traslados.
- Original de Estudios y/o interpretaciones médicas.
- Facturas originales a nombre del contratante o Asegurado indicando desglose de gastos unitarios con su breve descripción.
- Recetas médicas.
- Original y Copia Identificación Oficial Vigente del Asegurado afectado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado afectado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

7. Repatriación de restos

- Carta Reclamación del Beneficiario: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Formato de Relación de documentos, entregado por la Compañía.
- Original o copia certificada y Copia del Acta de defunción.
- Facturas originales a nombre beneficiario de gastos de transportación de los restos mortales al lugar de residencia del Asegurado, de honorarios médicos, permisos y requisitos legales que sean necesarios a efecto de realizar la transportación de los restos además de gastos por embalsamamiento, ataúd y/o cremación indicando desglose de gastos unitarios con su breve descripción.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del beneficiario, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma de éste.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio del beneficiario no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

8. Indemnización diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente.

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Formato de Relación de documentos, entregado por la Compañía.
- Aviso de accidente, formato entregado por la Compañía.
- Informe médico firmado por el médico tratante, formato entregado por la Compañía.
- Facturas originales a nombre del contratante o Asegurado indicando desglose de gastos unitarios con su breve descripción.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado afectado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado afectado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

9. Cancelación o Interrupción del Viaje.

- Carta Reclamación del Asegurado: En una hoja en formato libre solicitar la indemnización • de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.
- Documento electrónico del boleto de avión.
- Documento en línea del comprobante de pago del boleto de avión.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como firma del Asegurado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

Además, si la Cancelación es a Consecuencia de:

Enfermedad y/o Accidente:

- Original de Informe Médico donde se menciona la fecha de inicio de signos y síntomas, diagnóstico definitivo y tratamiento que deberá seguir.
- Original de Resultado de estudios que confirman el padecimiento.
- Original de Carta de la agencia de viajes, del tour operador, hotel y empresa transportista donde se mencionan los montos de servicios no reembolsables.
- Copia de la “**política de reembolsos**” de los servicios que se hayan previamente contratado.

Fallecimiento de un familiar:

- Original o Copia Certificada y Copia del Acta de Defunción.
- Original o Copia Certificada y Copia del Acta de Nacimiento que demuestre la relación del Asegurado con el fallecido.
- Original de Carta de la agencia de viajes, del tour operador, hotel y empresa transportista donde se mencionan los montos de servicios no reembolsables.
- Copia de la “política de reembolsos” de los servicios que se hayan previamente contratado.

Enfermedad grave de un familiar o el propio Asegurado:

- Original Informe Médico donde se menciona la fecha de inicio de signos y síntomas, diagnóstico definitivo y tratamiento que deberá seguir.
- Original de Carta del médico que recomienda clínicamente la cancelación del viaje debido a la gravedad del Asegurado y/o familiar directo.
- Original de Carta de la agencia de viajes, del tour operador, hotel y empresa transportista donde se mencionan los montos de servicios no reembolsables.
- Copia de la “**política de reembolsos**” de los servicios que se hayan previamente contratado.

10. Pérdida o Demora de Equipaje

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Reclamación ante la aerolínea con la que viajó (Property Irregularity Report)
- Documento electrónico del boleto de avión.
- Documento en línea del comprobante de pago del boleto de avión.
- Original de Carta de la aerolínea donde se hace responsable de la pérdida del equipaje o en su caso el reporte de entrega en caso de demora que entrega la aerolínea.
- Lista detallada del contenido de la(s) maleta(s) por artículo y costo aproximado acompañada de tickets, recibos, facturas de los artículos. **(No se cubren: los daños ni las pérdidas ocurridas a animales, dientes postizos o puentes dentales, dinero, valores o tarjetas de crédito, boletos, documentos, cualquier tipo de cámara, equipo deportivo, materiales e instrumentos de trabajo, objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no registrado con la Empresa Transportista, equipaje confiscado o destruido por aduanas o agencias del gobierno, cualquier vehículo y sus accesorios, excepto bicicletas.)**
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como firma del Asegurado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar reclamación.

11. Responsabilidad Civil en Viajes

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Original y Copia de Tickets, recibos y/o facturas de los gastos erogados por el trámite de responsabilidad civil los cuales deberán venir descritos y desglosados.
- En caso de ser gastos médicos se deberá anexar original de informe médico y aviso de accidente en formatos entregados por la Compañía.
- Identificación Oficial Vigente del Asegurado y los beneficiarios, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como recabar la firma del beneficiario.

- Original y Copia Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

12. Traslado de emergencia para un acompañante del Asegurado.

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Documento electrónico del boleto de avión.
- Documento en línea del comprobante de pago del boleto de avión.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado y acompañante, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado y acompañante.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

13. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Dictamen de invalidez total y permanente emitido por del IMSS, ISSSTE o Seguridad Social (Original o Copia Certificada) y en caso de no estar afiliado a alguno de estos Institutos, el dictamen podrá ser emitido por un médico con cédula profesional y certificado de la especialidad correspondiente, además de deberá incluir: Historia Clínica del padecimiento que condicione la invalidez total y permanente, exámenes, análisis clínicos y todo aquel documento que sirvió para determinar la invalidez y que fueron solicitados y revisados por su médico tratante. Estos documentos serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente
- Actuaciones del Ministerio Público en caso de ser accidental, anexando inspección del lugar de los hechos, identificación del cadáver, declaraciones testimoniales, necropsia, exámenes químico-toxicológicos y dictamen final. (Original o Copia Certificada)
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como la firma del Asegurado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

14. Demora de Viaje

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Documento electrónico del boleto de avión.
- Documento en línea del comprobante de pago del boleto de avión.
- Tickets, notas, facturas o estados de cuenta con los gastos por el tiempo de demorado.
- Original y Copia de Documento de la aerolínea que indique y valide la demora del vuelo, así como fotografías de las tablas de horarios con el mensaje de Delayed o Demorado.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente de los beneficiarios, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como firma del Asegurado.

- Original y Copia de Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

15. Robo con Violencia en Hogar durante viaje.

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización • de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, además del importe que se está reclamando, fechado y firmado.**
- Documento electrónico del boleto de avión.
- Documento en línea del comprobante de pago del boleto de avión.
- Fotografías de los daños.
- Copia certificada de las actuaciones ante Ministerio Público, incluyendo el peritaje de inspección al inmueble.
- Original o Copia Certificada de Facturas, comprobantes, tickets, estados de cuenta en donde se detalle el costo de lo robado.
- Inventario de existencias.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como firma del Asegurado.

- Original y Copia Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

16. Incendio de Hogar durante viaje.

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, , fechado y firmado.**
- Documento electrónico del boleto de avión.
- Documento en línea del comprobante de pago del boleto de avión.
- Fotografías de los daños.
- Copia certificada de las actuaciones ante Ministerio Público, incluyendo el peritaje al inmueble dañado.
- Copia Certificada del Parte del cuerpo de bomberos.
- Original o Copia Certificada Facturas, comprobantes, tickets, estados de cuenta en donde se detalle el costo de lo robado.
- Inventario de existencias.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como firma del Asegurado.

- Original y Copia del Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

17. Perdidas Orgánicas por Accidente Escala A o B.

- Carta Reclamación del Asegurado: **En una hoja en formato libre solicitar la indemnización de la cobertura, mencionando los hechos y las fechas de ocurrencia, fechado y firmado.**
- Original del Informe Médico que indique la pérdida orgánica que sufrió el Asegurado y las causas, deberá incluir la historia Clínica si existiere.
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad, en formato de la Compañía.
- Original o copia certificada de Estudios y/o radiografías con sus interpretaciones.
- Copia Certificada de Actuaciones ante el Ministerio Público anexando inspección del lugar de los hechos, identificación del cadáver, declaraciones testimoniales, necropsia, exámenes químico-toxicológicos y dictamen final.
- Original y Copia de Identificación Oficial Vigente del Asegurado, puede ser: IFE, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar.

Importante: la copia del ID Oficial Vigente deberá traer la siguiente inscripción en la misma hoja: “Actúo en nombre y por cuenta propia” así como firma del Asegurado.

- Original y Copia del Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia al momento de ingresar la reclamación.

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

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o el representante de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación e información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Compañía tendrá derecho de exigir del Asegurado o beneficiarios toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Una vez que los documentos completos sean entregados y en caso de resultar procedente la reclamación, la Compañía pagará la suma asegurada que corresponda dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que quedó integrada la misma.

23. Entrega de Documentación Contractual y Mecanismo de Cancelación

En caso de que este Seguro se haya contratado a través de medios electrónicos o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren el primer párrafo del artículo 102, y las fracciones I y II del Artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas cuyo cobro de prima se realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, y en atención a lo previsto en el Capítulo 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para la entrega de los documentos donde consten los derechos y obligaciones del Seguro contratado le será aplicable el siguiente procedimiento:

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del Seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el Seguro, en cuyo caso el Asegurado firmará el acuse de recibo correspondiente.
2. Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos.
3. A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberá proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico al que debe enviar la documentación respectiva.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, resguardará constancia de que uso los medios señalados para la entrega de los mismos.

Si el Asegurado no recibe, dentro de los treinta(30) días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía comunicándose al teléfono 57237999 en la Ciudad de México, o al 01800 7237900 para el resto de la República; para que a elección del Asegurado, la Compañía le haga llegar la documentación donde consten los derechos y obligaciones del Seguro, a través de correo certificado o correo electrónico.

Para cancelar la presente Póliza, el Asegurado, deberá comunicarse al teléfono 57237999 en la Ciudad de México, o al 018007237900 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

24. No Discriminación

La Compañía no podrá rehusarse a recibir una solicitud de Seguro por razones de raza, religión, orientación sexual o discapacidad del solicitante. En todo caso, realizará el análisis de las solicitudes en términos de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables, y sin prejuizar sobre la condición de los solicitantes.

CLÁUSULA 26a. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El contratante y/o asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que SURA tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones) para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por SURA para verificar la identidad del usuario y su facultad para realizar operaciones electrónicas.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet: www.segurossura.com.mx

La Compañía solicitará al contratante y/o asegurado, al momento de la contratación del seguro y/o del uso de medios electrónicos, a través de las herramientas disponibles, una dirección de correo electrónico, a fin de enviarle notificaciones derivadas de dicha contratación y/o modificación de operaciones y servicios previamente contratados.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Este seguro estará en vigor hasta el día en que termine su vigencia, fecha que se encuentra estipulada en la carátula de la póliza.

No obstante, lo anterior, el contratante y/o asegurado lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- I. Llamar al número telefónico 57237999, opción 4; o, al número que se encuentre vigente al momento de la cancelación anticipada.
- II. Brindar la información que le sea requerida por la persona que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la póliza y la identidad del cliente.
- III. Deberá enviar la solicitud de terminación anticipada firmada de su puño y letra, acompañada de copia simple de una identificación oficial vigente. El envío deberá realizarse al correo electrónico que se le proporcione en la llamada.
- IV. Una vez que el contratante y/o asegurado haya dado cumplimiento al

punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico indicado en el punto “i” de este documento, en dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

En los casos en que el contrato se dé por terminado anticipadamente, el proceso de devolución de primas será el indicado en la cláusula Terminación Anticipada incluida en el presente contrato de seguro.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DERIVADA DE OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

SURA entregará al contratante y/o asegurado, a través del medio elegido por este último, todos los documentos donde consten sus derechos y obligaciones derivadas de este contrato de seguro, por cualquiera de las siguientes opciones:

I.- De manera personal, al momento de contratar el Seguro;

II.- A través de correo electrónico, en este caso el contratante y/o Asegurado deberá otorgar su consentimiento por escrito para recibir la documentación a través de la dirección del correo electrónico que designe para tal efecto.

En caso de que el contratante y/o asegurado no reciba dentro de los treinta (30) días siguientes a la contratación los documentos que integran este contrato de seguro deberán comunicarse al número telefónico 57237999, opción 4 o al número telefónico que se encuentre vigente, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. SURA se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el contratante y/o Asegurado, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

Usted tiene acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-jurídico>

CODIGO PENAL FEDERAL

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016 con el número PPAQ-S0010-0066-2016/CONDUSEF-001770-02, RESP-S0010-0033-2017 con fecha de 07 de Marzo de 2017, RESP-S0010-0006-2018 con fecha 24 de Julio de 2018.

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) la cual se encuentra ubicada en Boulevard Adolfo López Mateos 2448, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060 en la ciudad de México, a los teléfonos 57237999, lada sin costo 01-800-723-7900, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas, y viernes de 8:30 a 14:30 horas, ó al correo unat.clientes@segurossura.com.mx, ó visite nuestra página www.segurossura.com.mx ó bien puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México; www.condusef.gob.mx ó al correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx, teléfonos: en la Ciudad de México (55) 53400999, Resto de la República Mexicana 01 800 999 8080.

ANEXO REFERENCIAS LEGALES

A efecto de dar cumplimiento a lo establecido por las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas el 23 de diciembre de 2015, se redacta este documento el cual forma parte de este contrato de seguro.

Ley sobre el contrato de seguro

Art. 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Art. 9.- Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Art.10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

Art. 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

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

Art. 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

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

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

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

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

II.-En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

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

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

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

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

Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

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

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

III. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional

DERECHOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.

ACCIDENTES PERSONALES

Con el propósito de darle una perspectiva general de los derechos que como contratante, asegurado o beneficiario de un seguro tiene y garantizar así el mejor aprovechamiento y ejercicio de los mismos, le presentamos esta breve guía.

- a) Contratante: es la persona que directamente adquirió el seguro, para sí- en la mayoría de los casos- o para alguien más- como ocurre con las escuelas para sus alumnos, las carreteras para sus usuarios, etc.
- b) Asegurado: es la persona cuya salud o integridad física está directamente relacionada con el riesgo amparado por el seguro.
- c) Beneficiario: es aquella persona que tiene derecho a recibir los beneficios económicos del seguro al ocurrir el riesgo, aunque no sea la persona asegurada, al estar así nombrado por el propio Asegurado o en virtud de tener algún interés o privilegio relacionado con el riesgo protegido por el seguro, como ocurre con el banco acreedor respecto de los créditos que otorga o por razones similares.

Como Contratante y Asegurado tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a que se le proporcione lo siguiente:

- a) Solicitar al intermediario o la persona moral encargado de la venta del seguro con la que se esté llevando a cabo la contratación del seguro, la identificación que lo acredite para llevar a cabo dicha intermediación o venta.
- b) Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro. Dicha Información se le enviará por escrito o a través de medios electrónicos en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la solicitud.
- c) Solicitar toda la información que le permita conocer cuáles son las condiciones generales del contrato de seguro, así como que le sea detallado el alcance de las coberturas, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles, los coaseguros, los periodos de espera, así como las formas de terminación del seguro.
- d) Si Usted ha sido sometido a un examen médico, Seguros SURA no podrá aplicar ninguna cláusula de preexistencia relacionada con la enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le hubiera aplicado.

Conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, le compartimos información que como contratante, asegurado o beneficiario, debe conocer en caso de ocurrir un siniestro

- Usted tiene derecho a un periodo de gracia para el pago de la prima, el cual se indica en su recibo de pago y/o póliza. Transcurrido dicho periodo, el seguro cesará en sus efectos de manera automática.
- Su póliza indica en sus condiciones generales el procedimiento a seguir en caso de siniestro, pero en cualquier circunstancia, es importante que reporte el siniestro en los números telefónicos provistos para el efecto y en su caso, que acuda a cualquiera de nuestras oficinas para conocer la información que de acuerdo con la naturaleza del siniestro; Resulta necesario para Seguros SURA el aviso expedito que permite a Seguros SURA tomar las decisiones correctas y oportunas, además de facilitarle a usted agilizar el trámite y recibir instrucciones de parte de Seguros SURA sobre cualquier acción o medida a tomar.
- La entrega de información veraz es un factor clave para la eficacia de la cobertura por lo que es importante que se cerciore de entender lo ocurrido o incluso indique aquellas circunstancias o hechos que desconoce. La proveeduría de información falsa suele afectar los derechos derivados del seguro.
- Tiene derecho a que le indemnicen en términos del seguro contratado, dentro de los 30 días siguientes a que se haya entregado la última información solicitada por Seguros SURA para el entendimiento de las circunstancias e implicaciones del siniestro. En caso de que Seguros SURA no cumpla con lo anterior, Usted tendrá derecho a cobrar una indemnización por mora, la cual se calcula en los estrictos términos previstos por la Ley y los cuales se encuentran explicados en las condiciones generales del seguro.
- Cualquier indemnización que Seguros SURA pague con motivo de un siniestro, reducirá en igual cantidad la suma asegurada.
- En caso de inconformidad con la resolución de su siniestro o con el servicio o asistencia, puede presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) ubicada en nuestro domicilio con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas. O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.
- Si presentó la queja ante CONDUSEF, puede solicitar la emisión de un dictamen técnico, si entre las partes no hay conciliación.

Finalmente le informamos que Seguros SURAcuenta con políticas corporativas que establecen las medidas necesarias para auxiliar en su condición a la población con capacidades diferentes, tales como facilidades en la atención y el servicio, accesos especiales y adecuados en sus instalaciones, prioridad en la atención de los siniestros, así como un trato respetuoso y digno.

SEGUROS SURA cuenta con una oferta integral en seguros para cada una de sus necesidades

Empresa

Auto

Transporte

Construcción

Hogar

PyME

Responsabilidad Civil

Vida

Accidentes Personales

Gastos Funerarios

Programa Escolar

Agrícola

Si tiene dudas acerca de su póliza o requiere información de nuestros productos, por favor llámenos:

01 800 00 83 693

www.segurossura.com.mx

01 800 911 7692

Para reporte de siniestros