

Seguro de Vida Deudores,
Experiencia Propia,
sin Dividendos

CHUBB®

Contenido

Definiciones	3
Cláusulas Generales	6
Coberturas	11
Coberturas Adicionales	12
Cobertura de Invalidez Total y Permanente	12
Cobertura de Gastos Funerarios	13
Seguro de Desempleo	14
Operatividad	19
Indemnizaciones	21
Documentación Requerida en Caso de Siniestro	24

Anexos

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida	26
Cláusula OFAC	27
Aviso de Privacidad	28
Cláusula General Designación de Beneficiarios	32

Seguro de Vida Deudores, Experiencia Propia, sin Dividendos

Definiciones

Las palabras o frases que aparecen en **negrita** y *en cursiva* se encuentran definidas en la sección de Definiciones de la Póliza o de la cobertura específica.

1. Accidente

Se entiende por **Accidente** aquel acontecimiento imprevisto proveniente de una causa fortuita, externa, súbita, violenta e involuntaria que produce lesiones corporales que requieran atención médica o que causen la muerte del **Asegurado**, y que ocurran mientras se encuentra vigente la Póliza. No se considera como **Accidente** las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el **Asegurado**, así como los **Accidentes** expresamente excluidos en la Póliza.

2. Acreditado

Es la persona física a la cual el **Contratante** le ha otorgado un crédito del tipo estipulado en la carátula de la Póliza.

3. Asegurado

Cada **Acreditado** y/o cada **Deudor Solidario** que formen parte integrante del **Grupo Asegurado**.

4. Beneficiario

Es el **Contratante** que tendrá el carácter de **Beneficiario** preferente, así como las personas designadas por el **Asegurado** para recibir las indemnizaciones derivadas de las coberturas contratadas en esta Póliza en caso de ocurrir un **Siniestro**.

5. Certificado Individual

Documento que expide la **Compañía Aseguradora** para cada miembro del **Grupo Asegurado** en donde se especifican las condiciones en las cuales ha sido asegurado. La **Compañía Aseguradora** entregará al **Asegurado** el **Certificado Individual** correspondiente.

6. Clasificación de Deudor

El **Acreditado** y sus Deudores Solidarios.

Estos se clasificarán en 2 (dos) tipos:

1. **Acreditado** sin **Deudor Solidario**.
2. **Acreditado** con un **Deudor Solidario**.

7. Compañía Aseguradora

Chubb Seguros México, S.A., debidamente autorizada para operar en la operación de vida por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

8. CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

9. Consentimiento

Documento en donde el **Asegurado** expresa su **Consentimiento** a ser asegurado y en el cual designa a sus **Beneficiarios**.

10. Contratante

La persona moral que ha celebrado con la **Compañía Aseguradora** el contrato de seguro, y es responsable ante la **Compañía Aseguradora** de pagar la prima correspondiente en su totalidad y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

11. Cónyuge

Se considera como **Cónyuge** a la esposa o esposo del **Asegurado**, o a falta de este, a su concubina o concubinario, que reúna tales requisitos en términos de la legislación aplicable y cuya edad se encuentre dentro de los límites establecidos por la **Compañía Aseguradora**.

12. Deudor Solidario

La persona física, que conjuntamente con el **Acreditado**, se responsabiliza ante el **Contratante**, del cumplimiento de las obligaciones derivadas del crédito otorgado. Solo podrá asegurarse al **Cónyuge** del **Acreditado**, siempre y cuando el **Contratante** así lo decidiera.

13. Enfermedad

Alteración en la salud del **Asegurado**, pudiendo afectar el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticada por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que no sea familiar del **Asegurado**.

14. Endoso

Documento emitido por la **Compañía Aseguradora** que modifica: bases, términos y condiciones de la Póliza; y forma parte de la misma. Lo señalado en estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

15. Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

16. Grupo

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

17. Grupo Asegurable

Los integrantes del **Grupo** sobre los que se hace la oferta del seguro y cuyas características se establecen en la carátula de la Póliza.

18. Grupo Asegurado

Los integrantes del **Grupo Asegurable** que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.

En caso de tratarse de una Póliza pagada por el **Contratante** que ofrece como prestación laboral a sus empleados, otro requisito será que el empleado se encuentre en servicio activo.

19. Invalidez Total y Permanente

Se entenderá por **Invalidez Total y Permanente**:

1. La **Invalidez Total y Permanente** que sufra el **Asegurado** a causa de **Enfermedad** o **Accidente** que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, además de que no sean susceptibles de rehabilitación o recuperación por los medios terapéuticos disponibles en el momento de la valoración médica. A fin de determinar esta invalidez y en su caso proceder al pago de la **Suma**

Asegurada, se requerirá que la **Invalidez Total y Permanente** haya ocurrido una vez transcurrido el **Periodo de Carencia** de manera continua, que haya transcurrido el **Periodo de Espera** y que haya sido continua durante este periodo, según lo señalado en la Carátula de la Póliza y/o **Certificado Individual**; o

2. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, o una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se tomará en cuenta el **Periodo de Espera** señalado en el numeral 1, anterior.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

20. Invalidez Total Temporal

Para efecto de este seguro, es la pérdida temporal de facultades o aptitudes sufridas por una **Enfermedad o Accidente** amparados y que impide al **Asegurado** el desempeño de su trabajo por un periodo de tiempo y siempre que la incapacidad haya sido continua durante el periodo de espera establecido.

21. Periodo de Carencia

Periodo ininterrumpido inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia del **Certificado Individual**, durante el cual el **Asegurado** no contará con cobertura. Este periodo deberá cumplirse por única vez por cada **Certificado Individual** que tenga un **Asegurado**, es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo **Certificado Individual**.

El **Periodo de Carencia** se indica en la carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**.

22. Periodo de Espera

Es el periodo ininterrumpido que debe transcurrir, una vez cumplido el **Periodo de Carencia**, a partir de la fecha en que quede comprobado el estado de **Invalidez Total y Permanente** e **Invalidez Total Temporal** del **Asegurado**, para que en términos contractuales se origine el pago de la suma asegurada.

Este periodo deberá cumplirse por única vez por cada **Certificado Individual** que tenga un **Asegurado**, es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo **Certificado Individual**.

El **Periodo de Espera** se indica en la Carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**.

Para la cobertura de Desempleo el **Periodo de Espera** iniciará a partir de la fecha estipulada en el finiquito como el último día que laboró oficialmente, si existiera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite el último día que laboró oficialmente.

23. Proponente

La persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro.

24. RECAS

Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF.

25. Segmento

Conjunto de deudores de un mismo tipo de crédito.

26. Siniestro

La ocurrencia de cualquier evento cubierto que pueda ser motivo de indemnización por parte de la **Compañía Aseguradora** en términos del contrato de seguro y hasta los límites máximos de responsabilidad contratados (**Suma Asegurada**).

27. Suma Asegurada

Es la cantidad que representa la obligación máxima de la **Compañía Aseguradora** para cada deudor, en caso de ocurrir un **Siniestro**.

La regla para determinar la **Suma Asegurada** se especifica en la carátula de la Póliza.

Cláusulas Generales

1. Aviso de Privacidad

La información personal del **Proponente** y/o **Asegurado**, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono, y demás datos personales que la **Compañía Aseguradora** recolecte mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, a través de terceros autorizados, por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, será utilizada para el cumplimiento del contrato de seguro al que se incorpora el presente aviso, así como para la realización de estudios estadísticos, para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de la **Compañía Aseguradora**, así para remitirle información sobre productos y servicios del mismo.

La información personal del **Proponente** y/o **Asegurado** que la **Compañía Aseguradora** recabe en esta forma se trata con la confidencialidad debida y no se vende, ni cede a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a la **Compañía Aseguradora** a compartirla en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha transferencia de información se efectúe con terceros con los que la **Compañía Aseguradora** celebre contratos en interés del **Proponente** y/o **Asegurado** o para dar cumplimiento al contrato de seguro celebrado con el mismo.
- b) En los casos que lo exija la Ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el Departamento y/o Responsable de Datos Personales de la **Compañía Aseguradora** ante quién el **Proponente** y/o **Asegurado** puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito.

La **Compañía Aseguradora** se reserva el derecho a modificar este Aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en Internet **chubb.com/mx**

Se entenderá que el **Proponente** y/o **Asegurado** consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente Aviso de Privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

2. Beneficiarios

El **Asegurado** debe designar a sus **Beneficiarios** en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La Indemnización que proceda se pagará al **Asegurado** o al/a los Beneficiario(s) que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el contrato. Los **Asegurados** tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los **Beneficiarios** siempre que la Póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario.

El **Asegurado** o el **Contratante**, deberá notificar por escrito el cambio de **Beneficiario** a la **Compañía Aseguradora**, indicando el nombre del nuevo **Beneficiario** para su anotación en el contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la **Compañía Aseguradora** pagará al último **Beneficiario** del que haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

Si habiendo varios **Beneficiarios** falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del **Asegurado**. Cuando no haya **Beneficiarios** designados, o en el caso de que el **Beneficiario** y el **Asegurado** mueran simultáneamente, o cuando el **Beneficiario** designado muera antes que el **Asegurado** y este no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del **Asegurado**; salvo estipulación en contrario.

En virtud del objeto de este contrato de seguro, el **Contratante** podrá ser designado Beneficiario, en términos del Artículo 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

El **Asegurado** podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de **Beneficiarios**, haciéndola irrevocable, siempre y cuando esta renuncia o designación irrevocable sea notificada por escrito al **Beneficiario** Irrevocable designado, así como a la **Compañía Aseguradora**, y se haga constar en la presente Póliza como lo previene la Ley.

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 solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de **Beneficiarios** en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la **Suma Asegurada**.

3. Carencia de Restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del **Asegurado**, posteriores a la contratación de la Póliza.

4. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de la **Compañía Aseguradora** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la **Compañía Aseguradora** a satisfacer las pretensiones del **Asegurado**. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien esta 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.

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

Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7,
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México.

Teléfonos: 800 006 3342

Correo electrónico: uneseguros@chubb.com

Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

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

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle,
C.P. 03100, Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Teléfonos:

En la Ciudad de México: 55 5340 0999

En el territorio nacional: 800 999 8080

5. Contrato

Integran y forman parte del contrato de seguro y hacen prueba de su celebración: la solicitud del seguro, las condiciones generales, el registro de **Asegurados**, los **Consentimientos**, los **Certificados Individuales**, los recibos y los **Endosos** que se le agreguen y la carátula de la Póliza.

6. Contribución de los Asegurados

Los miembros del **Grupo Asegurado** podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro del **Grupo Asegurado** no cubra al **Contratante** la parte de la prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja a la **Compañía Aseguradora**.

7. Disputabilidad

Este contrato, dentro de los dos primeros años de su vigencia, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el **Contratante** y/o los **Asegurados** para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al **Grupo Asegurado**, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

8. Lugar de Pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el domicilio de la **Compañía Aseguradora**, señalado en la carátula de la Póliza, contra entrega del recibo expedido por la misma.

9. Modificaciones y Notificaciones

Solo tendrán validez las modificaciones pactadas entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante** y/o **Asegurado** que consten por escrito y queden asentadas en **Endosos** a la Póliza.

Toda notificación por parte del **Contratante** o de los **Asegurados** a la **Compañía Aseguradora** deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la Póliza.

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

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la **Compañía Aseguradora**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 (veinticinco) de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

10. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del **Contratante** o de la **Compañía Aseguradora**, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Cuando la contratación de la Póliza sea en moneda extranjera los pagos que procedan se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

11. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El **Contratante** y/o **Asegurados** están obligados a declarar por escrito a la **Compañía Aseguradora**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas; tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la **Compañía Aseguradora** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del **Siniestro**.

La presente cláusula solo aplicará para aquellos **Asegurados** que den su consentimiento para ser asegurados después de los 30 días siguientes de haber adquirido el derecho de formar parte del **Grupo Asegurado**.

12. Pago de Primas

La prima a cargo del **Contratante** vence en el momento de la celebración del contrato. En caso de que el **Contratante** optara por una forma de pago diferente a la anual, los periodos deberán ser de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando la tasa de pago fraccionado correspondiente y vigente en la fecha de celebración de la Póliza.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de la presente Póliza cesarán automáticamente a las 12:00 hrs. p.m. (doce horas pasado meridiano) del último día de ese plazo.

Las primas posteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo.

Si dentro del plazo convenido ocurre un **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** podrá deducir del importe del seguro, las primas vencidas y no pagadas.

La obligación del pago de primas será del **Contratante**.

Se entenderán recibidas por la **Compañía Aseguradora** las primas pagadas contra recibo oficial expedido por esta.

13. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, y dos años en los demás casos, contados en los términos del Artículo 81 (ochenta y uno) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 (ochenta y dos) de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por los Artículos 63 (sesenta y tres) y 68 (sesenta y ocho) de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la **Compañía Aseguradora** suspenderá la prescripción de las acciones a que pudiera dar lugar.

14. Prima Mensual

La prima total corresponderá a la suma de las primas de los **Segmentos** integrantes del **Grupo Asegurado**.

Salvo pacto en contrario, la prima correspondiente a cada **Segmento** se determinará aplicando la cuota mensual establecida en la carátula de la Póliza a la **Suma Asegurada** que mensualmente reporte el **Contratante** a la **Compañía Aseguradora** para dicho **Segmento**.

15. Renovación

Al término del periodo pactado podrá ser renovado este contrato, siempre y cuando el **Contratante** haya solicitado dicha renovación a más tardar dentro de los treinta días naturales anteriores a la terminación.

Dicha renovación se efectuará, mediante **Endoso** a la Póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

16. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a la **Compañía Aseguradora** le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

La **Compañía Aseguradora** 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.

17. Suicidio

El fallecimiento a causa de suicidio se cubre después del segundo año de vigencia.

En caso de ocurrir antes, la **Compañía Aseguradora** solamente devolverá la prima neta no devengada respecto del miembro del **Grupo Asegurado**.

18. Terminación del Contrato / Cancelación

1. La terminación de este contrato celebrado entre la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante**, puede terminar por las siguientes causas:
 - a) Al cumplir el plazo que aparece en la carátula de la Póliza.
 - b) Terminado el plazo de gracia para el pago de las primas correspondientes, sin que dicho pago se haya efectuado.
 - c) Mediante petición por escrito del **Contratante** a la **Compañía Aseguradora**.
 - d) Por las causas de cancelación previstas para cada cobertura de conformidad con las presentes condiciones generales.
 - e) Que el **Contratante** no cumpla con las obligaciones previstas en este contrato.
2. La terminación o cancelación de este contrato respecto a cada **Asegurado** se podrá dar:
 - A. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.
 - B. Fallecimiento del **Asegurado**.
 - C. Al momento en que el **Asegurado** liquide su crédito con el **Contratante**.

Cuando el **Contratante** dé por terminado el contrato mediante petición por escrito, el contrato dejará de surtir efectos desde que quede notificada la **Compañía Aseguradora**, quien tendrá derecho a la parte de la prima que corresponde al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor.

La Compañía deberá devolver la totalidad de la prima no devengada dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que surta efecto la terminación del contrato, descontando el gasto de adquisición.

19. Vigencia

Este contrato iniciará y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en la carátula de la Póliza.

20. Derechos de los Asegurados y Beneficiarios

El **Asegurado** o sus **Beneficiarios** tendrán derecho a exigir que la **Compañía Aseguradora** pague al **Contratante** el importe del saldo insoluto del crédito amparado hasta por el límite especificado en el Certificado, de conformidad con los términos del presente Contrato.

La **Compañía Aseguradora** se obliga a notificar al **Asegurado** y a sus **Beneficiarios**, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la **Compañía Aseguradora** pague al **Contratante** el importe del saldo insoluto del crédito.

El **Asegurado** o sus **Beneficiarios** deben informar su domicilio a la **Compañía Aseguradora** para que esta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

Coberturas

Toda cobertura deberá contratarse expresamente y mencionarse o constar en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

1. Beneficio Básico por Fallecimiento (F)

La **Compañía Aseguradora** pagará el saldo insoluto del crédito a la fecha de ocurrido el **Siniestro** al **Contratante**, en caso de ocurrir la muerte del **Asegurado Acreditado**, sin incluir las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

En caso de existir algún remanente de **Suma Asegurada** se pagará a los **Beneficiarios** designados.

La **Compañía Aseguradora** deberá contar con el **Consentimiento** por escrito de cada uno de los integrantes del **Grupo**.

2. Beneficio Básico por Fallecimiento o Invalidez (FI)

La **Compañía Aseguradora** pagará el saldo insoluto del crédito a la fecha de ocurrido el **Siniestro** al **Contratante**, en caso de ocurrir la muerte o **Invalidez Total y Permanente** del **Asegurado Acreditado**, sin incluir las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

Para la cobertura de **Invalidez Total y Permanente** aplicará el **Periodo de Carencia** y **Periodo de Espera** estipulados en la Póliza o **Certificado Individual**.

En caso de existir algún remanente de **Suma Asegurada** se pagará a los **Beneficiarios** designados.

3. Beneficio Mancomunado por Fallecimiento (FM)

La **Compañía Aseguradora** pagará el saldo insoluto del crédito a la fecha de ocurrido el **Siniestro** al **Contratante**, al ocurrir la muerte del **Acreditado** y/o el **Deudor Solidario**, sin incluir las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

En caso de fallecer tanto el **Acreditado** como el **Deudor Solidario** solo se pagará una sola vez la **Suma Asegurada** contratada.

Con el pago de esta indemnización, quedará cancelada la cobertura para el sobreviviente integrante del **Grupo** deudor.

En caso de existir algún remanente de **Suma Asegurada** se pagará a los **Beneficiarios** designados.

4. Beneficio Mancomunado por Fallecimiento o Invalidez (MFI)

La **Compañía Aseguradora** pagará el saldo insoluto del crédito a la fecha de ocurrido el **Siniestro** al **Contratante**, al ocurrir la muerte o **Invalidez Total y Permanente** del **Acreditado** y/o el **Deudor Solidario**, sin incluir las amortizaciones vencidas no pagadas, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo, así como tampoco por daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales.

En caso de ocurrir el fallecimiento o la invalidez tanto del **Acreditado** como del **Deudor Solidario**, solo se pagará una sola vez la **Suma Asegurada** contratada.

Para la cobertura de **Invalidez Total y Permanente** aplicará el **Periodo de Carencia** y **Periodo de Espera** estipulados en la Póliza o **Certificado Individual**.

Con el pago de esta indemnización, quedará cancelada la cobertura para el sobreviviente integrante del **Grupo** deudor.

En caso de existir algún remanente de **Suma Asegurada** se pagará a los **Beneficiarios** designados.

Coberturas Adicionales

Cobertura de Invalidez Total y Permanente

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente, mencionarse en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

Se entenderá por **Invalidez Total y Permanente** lo estipulado en el Capítulo de Definiciones de esta Póliza.

1. Pruebas

La comprobación del Estado de **Invalidez Total y Permanente** será por cuenta del **Asegurado** a la **Compañía Aseguradora**.

2. Bases para considerar

A fin de determinar el estado de **Invalidez Total y Permanente**, el **Asegurado** deberá presentar que un dictamen tiene a la **Compañía Aseguradora**, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de plena validez. **Invalidez Total y Permanente** avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que 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 Aseguradora** para estos efectos y en caso de proceder el estado de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía Aseguradora** cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

El médico de la **Compañía Aseguradora** que determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.

3. Exclusiones

La cobertura por Invalidez Total y Permanente no cubre:

1. A personas cuya edad sea mayor de 65 (sesenta y cinco) años.
2. Estado de Invalidez Total y Permanente originado por:
 - a) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentren realizando actividades de trabajo.
 - b) Accidentes originados por encontrarse en estado de ebriedad, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la autoridad respectiva. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
 - c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, salvo cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
 - d) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - e) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: que se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
 - f) Infecciones químicas y/o biológicas.
 - g) Lesiones derivadas de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
 - h) Lesiones recibidas al participar en una riña siempre que él haya sido el provocador.
 - i) Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron prescritos por un médico. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
3. Participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
4. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en que participe directamente el Asegurado.
5. Radiaciones nucleares, atómicas, químicas y/o biológicas.
6. Suicidio o cualquier intento del mismo, lesiones o Enfermedades provocadas por el Asegurado.
7. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubiertas.
8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

Cobertura de Gastos Funerarios

Cada cobertura funciona en forma independiente por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente, mencionarse en la carátula de la Póliza o en el *Certificado Individual*.

1. Gastos Funerarios (GF)

En caso de ocurrir el fallecimiento del **Asegurado**, la **Compañía Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** la **Suma Asegurada** contratada correspondiente a esta cobertura.

Esta cobertura estará orientada a que los **Beneficiarios**, cuenten con recursos para cubrir el costo por servicios funerarios.

La presente cobertura cubre exclusivamente los gastos funerarios a consecuencia del fallecimiento del **Acreditado**, y podrá hacerse extensiva a cubrir los gastos funerarios a consecuencia del fallecimiento del **Deudor Solidario**, cuando exista dicha figura de conformidad con el presente contrato de seguro y sus condiciones de contratación.

Seguro de Desempleo

Esta cobertura adicional forma parte de las condiciones generales del Seguro de Deudores, por lo que para que tenga validez deberá contratarse expresamente, mencionarse en la carátula de la Póliza o **Certificado Individual** y pagarse la prima correspondiente. Para la presente cobertura el **Periodo de Espera** iniciará a partir de la fecha estipulada en su finiquito como el último día que laboró oficialmente, si existiera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite el último día que laboró oficialmente.

Cuando la cobertura se encuentre ligada a algún crédito (bancario, hipotecario, automotriz, etc.) se cubrirá como máximo el número de pagos del crédito que se especifique en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

1. Cobertura

La presente cobertura tiene por objetivo que el **Asegurado** tenga la garantía de que la **Compañía Aseguradora** podrá cubrir como máximo el número de mensualidades contratadas, en caso de que el **Asegurado** pierda de manera involuntaria e injustificada su empleo (despido Injustificado), una vez transcurrido el **Periodo de Carencia**, en caso de que el **Asegurado** quede desempleado, durante un periodo superior al **Periodo de Espera** estipulado en la carátula de la Póliza y en el **Certificado Individual**.

Si la vigencia del seguro llegara a finalizar antes de que se agote el número de mensualidades contratadas por la **Compañía Aseguradora** y el **Asegurado** continuara desempleado, la **Compañía Aseguradora** continuará efectuando los pagos.

Se entiende por Despido Injustificado, el desempleo del **Asegurado** originado por la acción del patrón de dar por terminada la relación laboral, sin que medie una causa justificada para hacerlo, en términos del Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

Se entiende por Empresa la persona física o moral que, en su carácter de patrón, tiene celebrado un contrato de trabajo por tiempo indeterminado con las características antes mencionadas con el **Asegurado**.

El **Asegurado** quedará amparado bajo solo una de las siguientes modalidades según corresponda:

A. Desempleo Involuntario

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de desempleo involuntario las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

Si una vez superado el **Periodo de Carencia** de Desempleo Involuntario especificado en la carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, el **Asegurado** queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta

Póliza y permanece así por un periodo que exceda el **Periodo de Espera** especificado en la carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual**, entonces la **Compañía Aseguradora** cubrirá al **Contratante** los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula de la Póliza y/o **Certificado Individual** que se venzan después de transcurrido el **Periodo de Espera** mientras el **Asegurado** permanezca desempleado. La responsabilidad de la **Compañía Aseguradora** por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el **Asegurado** permanezca desempleado involuntariamente.

B. Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de **Invalidez Total Temporal** por **Accidente** y/o **Enfermedad**, las personas que al momento de la contratación de la Póliza sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso.

Si durante la vigencia del seguro, el **Asegurado** se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal a consecuencia de una **Invalidez Total Temporal** por **Accidente** y/o **Enfermedad**, entonces la **Compañía Aseguradora** cubrirá al **Contratante** los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula de la Póliza y/o en el **Certificado Individual** que se venzan después de transcurrido el **Periodo de Carencia**, y **Periodo de Espera** para el caso de **Enfermedad**, mientras el **Asegurado** permanezca desempleado. La responsabilidad de la **Compañía Aseguradora** por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el **Asegurado** permanezca desempleado involuntariamente.

En los casos de **Invalidez Total Temporal** por **Enfermedad** el pago se realizará una vez transcurrido el **Periodo de Carencia**, y siempre y cuando el **Asegurado** permanezca así por un periodo que exceda el **Periodo de Espera** especificados en la carátula de la Póliza o en el **Certificado Individual**.

En los casos de **Invalidez Total Temporal** por **Accidente** el pago se realizará de forma inmediata, sin que opere el **Periodo de Espera** mencionado.

2. Ámbito Territorial de la Cobertura

Esta cobertura abarca los eventos ocurridos en la República Mexicana.

3. Cancelación de la Cobertura

Además de las especificaciones mencionadas en las Condiciones Generales, la cobertura del riesgo a que se refiere esta Cláusula, cesará individualmente para cada **Asegurado**:

1. Al momento en que el **Asegurado** liquide su crédito con el **Contratante**.
2. Al pagarse la **Suma Asegurada** por este beneficio.
3. Cuando el **Contratante** solicite la cancelación de la Póliza.
4. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que cumpla la edad de 65 (sesenta y cinco) años.

4. Deducciones

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

5. Exclusiones

1. Desempleo Involuntario

Esta cobertura no pagará indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:

1. **Condiciones mentales del Asegurado.**
2. **Cuando el Asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de algún programa por parte de su empleador para reducir la**

plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área de trabajo del Asegurado.

3. Desempleo involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Periodo de Carencia especificado en la carátula o certificado de la Póliza.
 4. El fallecimiento del Asegurado.
 5. Infecciones químicas y/o biológicas.
 6. Jubilación, pensión o retiro anticipado del Asegurado.
 7. La rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón por alguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 47 (cuarenta y siete) y sus fracciones de la Ley Federal del Trabajo.
 8. Participar en paros o disputas laborales.
 9. Pérdida de empleo del Asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.
 10. Radiaciones nucleares y/o atómicas.
 11. Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del Asegurado, inclusive aquella derivada de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.
 12. Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).
 13. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín, o catástrofe nuclear.
 14. Terminación de un contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del Asegurado. En caso de darse una terminación anticipada del contrato de trabajo, obra o tiempo determinado del Asegurado, la Compañía Aseguradora solo cubrirá los pagos, hasta el número máximo contratado o la recuperación del empleo, que correspondan y no sobrepasen al periodo original de dicho contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del Asegurado.
2. Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad
- Esta Póliza no pagará indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:
1. Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
 2. Lesiones o Accidentes originados por encontrarse en estado de ebriedad, o si el contenido alcohólico de la sangre es superior a los niveles permitidos en base a la determinación de la Autoridad respectiva. Esta exclusión aplicará cuando exista culpa grave por parte del Asegurado.
 3. Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
 4. Accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - a) Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - b) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el Asegurado, salvo que se encuentren realizando actividades de trabajo.

- c) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
5. El fallecimiento del Asegurado.
 6. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas por las que previamente a la celebración del contrato: se haya declarado su existencia, en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
 7. Infecciones químicas y/o biológicas.
 8. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
 9. Radiaciones nucleares y/o atómicas.
 10. Se excluye a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con registro federal de contribuyentes.
 11. Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 12. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un Accidente.
 13. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales cubierta.
 14. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y sus complicaciones, incluidos aquellos para mejorar la apariencia, corrección o eliminación de defectos, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.

6. Límites de Edad

Salvo pacto en contrario:

La edad máxima de aceptación en la Cobertura es de 64 años de edad.

La edad máxima de cancelación y renovación en la Cobertura es de 65 años de edad.

7. Monto Mensual

El monto mensual y el número de mensualidades contratados para esta cobertura serán establecidos en la carátula de la Póliza y constarán en el *Certificado Individual*.

En caso de diferencia entre estos documentos, el monto mensual y el número de mensualidades serán los correspondientes a los que coincidan con el pago de primas respectivo.

Se considera como fecha del evento, para efectos de la determinación del *Siniestro*, la fecha del evento especificado.

Se ampararán hasta dos eventos de desempleo para el mismo *Asegurado* al año, siempre y cuando se mantenga la Póliza vigente y el *Asegurado* haya mantenido una cobertura continua e ininterrumpida durante la vigencia de la misma.

8. Pago de Siniestro

El primer pago de la indemnización que proceda se realizará al cumplirse el **Periodo de Espera** y el **Periodo de Carencia** que se especifican en el **Certificado Individual**. Los subsecuentes se pagarán de acuerdo a la periodicidad estipulada en el mismo **Certificado Individual**.

9. Pruebas

El reclamante presentará a la **Compañía Aseguradora** todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas.

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

10. Requisitos

Desempleo Involuntario

En las reclamaciones de Desempleo involuntario, la **Compañía Aseguradora** solicitará, como mínimo, la información y documentación siguiente:

1. Copia del contrato de la empresa con la que laboraba el **Asegurado**.
2. Copia de identificación oficial del **Asegurado**.
3. Finiquito / liquidación, si existiera, o en su defecto, acompañar la documentación con la que acredite haber sido despedido.
4. Copia de la baja del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM); Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores ("INFONAVIT"); y cualesquiera otras instituciones a la cual se haya encontrado afiliado el **Asegurado**, si existiera o lo tuviere o en su defecto, acompañar el documento oficial con el que acredite haber sido despedido.
5. Para aquellos casos en que la causa de la baja sea separación voluntaria y el **Asegurado** no esté de acuerdo con esta resolución, el **Asegurado** podrá presentar a la **Compañía Aseguradora** copia de la demanda laboral, en la que conste el sello de recibido por la autoridad correspondiente.
6. En adición a esta documentación, deberá entregarse:
Copia de los recibos de nómina correspondientes a los seis meses inmediatos anteriores al desempleo, que deberán de haber sido emitidos por la misma Empresa. La Empresa deberá de coincidir con aquella que notifica la baja ante la Institución de Salud.

Desempleo por Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad

En las reclamaciones de **Invalidez Total Temporal** por **Accidente** y/o **Enfermedad**, la **Compañía Aseguradora** solicitará, como mínimo, la información y documentación siguiente:

1. Copia de identificación oficial del **Asegurado**.
2. Copia del último comprobante de honorarios o declaración fiscal.
3. En caso de haberse atendido en el IMSS o ISSSTE, copia fiel de las incapacidades.
4. Estudios realizados con interpretación médica.
5. Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico, redactando, en caso de **Accidente**, como ocurrió el **Accidente**, así como los días de incapacidad que se van a requerir.

Operatividad

1. Ajuste de Suma Asegurada

Si con posterioridad a un **Siniestro** se descubre que la **Suma Asegurada** que aparece en el **Certificado Individual** de Seguro, no concuerda con la regla para determinarla, la **Compañía Aseguradora** pagará la **Suma Asegurada** que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del **Siniestro**, la **Compañía Aseguradora** por su propio derecho, o a solicitud del **Contratante**, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el **Certificado Individual** de Seguro.

En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva **Suma Asegurada**, desde la fecha en que se opere el cambio.

2. Ajuste por Edad

Si se comprueba que al expedirse la Póliza, la edad real del **Asegurado** se encontraba fuera de los límites de admisión, la **Compañía Aseguradora** considerará rescindido el contrato, respecto del miembro del grupo cuya edad haya estado fuera del límite, devolviendo al **Contratante** la prima neta no devengada del **Certificado Individual** existente en la fecha de rescisión.

Si en vida del **Asegurado** se comprueba que al expedirse la Póliza su edad real se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por la **Compañía Aseguradora**, pero era:

1. **Mayor que la declarada:** La obligación de la **Compañía 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.
2. **Menor que la declarada:** La **Compañía Aseguradora** estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del **Asegurado** en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.

Si después de ocurrido un **Siniestro**, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del **Asegurado** y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la **Compañía Aseguradora** pagará la cantidad que resulte de multiplicar la **Suma Asegurada** por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del **Asegurado** en el último aniversario de la Póliza.

3. Altas

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

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

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

4. Bajas

Las personas que se separen definitivamente del **Grupo Asegurado**, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el **Certificado Individual** expedido. En este caso, la **Compañía Aseguradora** restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

5. Cambio de Contratante

Para el caso de los seguros de **Grupo** cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando haya un cambio de **Contratante**, la **Compañía Aseguradora** podrá rescindir el Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo **Contratante**. La **Compañía Aseguradora** reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional la prima neta no devengada.

6. Derecho de los Asegurados a separarse del Grupo

En los seguros de **Grupo** cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se observará lo siguiente: La **Compañía Aseguradora** tendrá la obligación de asegurar, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del **Grupo Asegurado**, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que esta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno.

Este derecho queda sujeto a lo que se estipula a continuación:

1. El plan de Vida Individual será cualquiera que comercialice la **Compañía Aseguradora** y no incluirá beneficio adicional alguno.
2. La edad alcanzada por el **Asegurado** en la nueva fecha de efectividad deberá estar dentro de los límites de aceptación con los que opere la **Compañía Aseguradora** en el plan de que se trate.
3. La fecha de efectividad del nuevo seguro será la misma en la que se separe del **Grupo Asegurado**.
4. La nueva **Suma Asegurada** no podrá ser superior a la **Suma Asegurada** vigente en la fecha de la separación salvo que el **Asegurado** presente a la **Compañía Aseguradora** pruebas de asegurabilidad.
5. La prima del nuevo seguro se calculará con la edad alcanzada por el **Asegurado** en la fecha de separación del **Grupo Asegurado**, con base en las tarifas en vigor de las coberturas solicitadas.
6. La solicitud correspondiente deberá ser recibida por la **Compañía Aseguradora** hasta 30 (treinta) días naturales después de la fecha de separación.

7. Límites de Edad de Admisión

Salvo pacto en contrario, los límites de edad de aceptación para este Contrato son:

Límite Mínimo	12 (doce) años
Límite Máximo	69 (sesenta y nueve) años
Límite Máximo	64 (sesenta y cuatro) años para las coberturas adicionales
Edad de Cancelación	70 (setenta) años
Edad de Cancelación	65 (sesenta y cinco) años para las coberturas adicionales

Se considerará como edad de aceptación o renovación la que el **Asegurado** y su cónyuge tengan al momento de la celebración del Contrato.

La **Compañía Aseguradora** podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los **Asegurados**, tales como: acta de nacimiento, cartilla militar, pasaporte o credencial de elector. La **Compañía Aseguradora** anotará en la Póliza la edad o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad del **Asegurado**.

8. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el **Contratante**, la **Compañía Aseguradora** mantendrá un registro de **Asegurados** mismo que deberá contener la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del **Grupo**.
- II. **Suma Asegurada** o regla para determinarla.
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes, y fecha de terminación del mismo.
- IV. Operación y plan de seguro de que se trate.
- V. Número de **Certificado Individual**.
- VI. Coberturas amparadas.

A solicitud del **Contratante** la **Compañía Aseguradora** deberá entregar copia de dicho registro.

En aquellos casos en los que la **Compañía Aseguradora** y el **Contratante** hayan convenido que la administración de la Póliza sea llevada a cabo de forma autoadministrada, se deberá establecer en el **Endoso** respectivo, que la **Compañía Aseguradora** tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de **Grupo** para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de **Accidentes** y **Enfermedades**.

9. Reporte de Movimientos

El **Contratante** debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

10. Requisito de Aceptación

Para poder contar con la cobertura del seguro en Pólizas en donde el solicitante elija pertenecer al **Grupo**.

Será necesario su aceptación por escrito del seguro, así como llenar la selección médica correspondiente, tratándose de **Asegurados** que hayan otorgado su consentimiento 30 días después de haber adquirido el derecho de formar parte del **Grupo Asegurado**.

La **Compañía Aseguradora** se reserva el derecho de la aceptación en cada caso.

11. Administración

Salvo pacto en contrario esta Póliza se emitirá con el detalle completo para cada uno de los **Asegurados** (Administrada).

El reporte de altas y bajas se realizará al final de la vigencia. Con esta información se calculará el ajuste anual. En este caso la administración de la Póliza es llevada a cabo por el **Contratante**, por lo que la **Compañía Aseguradora** tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de **Grupo** para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de **Accidentes** y **Enfermedades**, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y al Reglamento mencionado.

El ajuste anual se realizará a días exactos tomando como base 360 días por año Póliza.

Indemnizaciones

1. Acción Directa de los Beneficiarios

Los **Beneficiarios** designados tendrán acción directa para cobrar a la **Compañía Aseguradora** la **Suma Asegurada** que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.

2. Aviso de Siniestro

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la **Compañía Aseguradora** dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha de su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarse tan pronto desaparezca el impedimento.

3. Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el **Siniestro** no hubiere **Beneficiarios** designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el **Asegurado** sin que exista nueva designación, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del **Asegurado**.

4. Interés por Mora

Si la **Compañía Aseguradora** no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

5. Pago de la Suma Asegurada

La *Compañía Aseguradora* pagará al *Contratante* y/o a los *Beneficiarios* según proceda, la indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

6. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al *Contratante* a reintegrar el pago a la *Compañía Aseguradora*.

7. Pruebas

El reclamante presentará a su costa, a la *Compañía Aseguradora* además de las formas de declaración que esta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

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

La *Compañía Aseguradora*, tendrá el derecho de exigir del *Asegurado* o *Beneficiario* toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el *Siniestro* y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de realización y las consecuencias del mismo.

8. Responsabilidad Máxima

Para cada cobertura contratada la responsabilidad máxima por cada *Asegurado* de la *Compañía Aseguradora* será la que se señala en la carátula de esta Póliza, salvo que exista aceptación específica de una mayor responsabilidad.

Documentación Requerida en Caso de Siniestro

A continuación se detalla la documentación que se deberá presentar en las oficinas de la *Compañía Aseguradora*.

1. Fallecimiento

Deberá ser presentada por los *Beneficiarios* o sus representantes legales:

1. Acta de defunción en original o copia certificada del Registro Civil.
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada y necropsia de ley. Estos documentos serán necesarios solo en caso de *Accidente*, suicidio u homicidio.
3. Comprobante de domicilio en copia del *Asegurado* y de sus *Beneficiarios* con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la *Compañía Aseguradora*, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Designación de *Beneficiarios* firmada por el *Asegurado* (si existiera o lo tuviera), de existir remanente.
5. Formato de aviso de *Siniestro* (formato proporcionado por la *Compañía Aseguradora*).
6. Identificación oficial de los *Beneficiarios*, así como una copia de cada identificación. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.

2. Invalidez

Deberá ser presentada por el *Asegurado* o su representante legal:

1. Acta de nacimiento en original y copia del *Asegurado* (en caso de aplicar).
2. Acta del Ministerio Público en original o copia certificada. Estos documentos serán necesarios solo en caso de *Accidente*, intento de suicidio u intento de homicidio.

3. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
4. Dictamen de invalidez del IMSS, del ISSSTE o bien el resumen de la historia clínica en donde se estipulen todos los detalles que muestren las causas que originaron la Invalidez.
5. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
6. Identificación oficial del **Asegurado**, así como una copia. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte vigente.
7. Todos los estudios, así como sus interpretaciones que fueron necesarios para corroborar el estado de invalidez.

3. Gastos Funerarios

Deberá ser presentada por los **Beneficiarios** o sus representantes legales:

1. Certificado de Defunción.
2. Comprobante de domicilio en copia del **Asegurado** y de sus **Beneficiarios** con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses contados a partir de la fecha en que se entrega la documentación a la **Compañía Aseguradora**, siempre que sea diferente al registrado en la identificación oficial.
3. Designación de **Beneficiarios** firmada por el **Asegurado** (si existiera o lo tuviera).
4. Formato de aviso de **Siniestro** (formato proporcionado por la **Compañía Aseguradora**).
5. Identificación oficial vigente de los **Beneficiarios**, así como una copia de cada identificación. Por identificación oficial se requerirá credencial de elector o pasaporte.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de enero del 2017, con el número CNSF-S0039-0788-2016 / CONDUSEF-001783-04.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios para la Operación de Vida

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el Beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. A conocer, a través de la CONDUSEF, si es Beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico uneseguros@chubb.com

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al Beneficiario el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Beneficiario sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

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 21 de mayo de 2015, con el número RESP-S0039-0471-2015 / CONDUSEF-001783-04.

Cláusula OFAC

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro Asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

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 21 de marzo de 2013, con el número CGEN-S0039-0092-2013 / CONDUSEF-001783-04.

Aviso de Privacidad

(Fecha de última actualización: mayo 2016)

Chubb Seguros México, S.A., en adelante Chubb con domicilio establecido en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad en cumplimiento con el principio de información establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en adelante la Ley y demás normativa relacionada.

¿Qué datos personales recabamos de usted?

Los datos personales que son tratados por Chubb, son aquellos necesarios para la relación jurídica que se entabla, como pueden ser los relativos para fines de emisión de Pólizas, análisis y/o pago de siniestros, para la promoción y venta de diversos productos financieros, o bien para la contratación de servicios que requiera esta Institución. Los datos sujetos a tratamiento son siguientes: (i) nombre; (ii) sexo; (iii) estado civil; (iv) lugar y fecha de nacimiento; (v) nacionalidad; (vi) clave del RFC y CURP; (vii) números telefónicos y correo electrónico; (viii) domicilio particular; (ix) datos financieros y/o patrimoniales como estados financieros, números de cuenta bancarios, bienes inmuebles; (x) datos relacionados a su trayectoria laboral (CV); (xi) ocupación; (xii) información sobre su estado de salud y antecedentes médicos; (xiii) datos personales de familiares como son: nombres, edad, domicilio, ocupación, residencia; así como también el nombre, domicilio, ocupación y teléfono de referencias personales.

Al firmar este Aviso de Privacidad, usted otorga su consentimiento expreso para que nosotros tratemos sus datos personales incluso los sensibles, financieros y/o patrimoniales.

En caso de que usted no otorgue su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales (incluyendo los sensibles, financieros y/o patrimoniales), podemos vernos imposibilitados para continuar con la relación jurídica que se pretenda.

¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Chubb, podrá recabar sus datos personales ya sea de forma personal o directa por algún medio que permita su entrega directa al responsable como es por medio de nuestra página de internet o correos electrónicos, y/o de forma indirecta (a través de otros medios como fuentes de acceso público, o transferencias como puede ser por medio de Promotores, Agentes de Seguros y Fianzas o cualquier otro tercero autorizado para tal efecto).

¿Para qué finalidades recabamos y utilizamos sus datos personales?

Sus datos personales serán utilizados para las siguientes finalidades que dan origen y se consideran necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Chubb y usted:

- i. Valorar la solicitud para la emisión de Pólizas de seguros ya sea que usted la requiera con el carácter Asegurado o Contratante.
- ii. Realizar operaciones distintas a la emisión de Pólizas de seguros como lo pueden ser análisis y/o pagos de siniestros,
- iii. Valorar la prestación de servicios que requiera Chubb.
- iv. Contactarlo por motivos relacionados a la relación jurídica que se establezca,
- v. Integración de expedientes de identificación.
- vi. Proporcionar información a las autoridades que nos lo soliciten y de las que Chubb esté obligada a entregar información.
- vii. Proporcionar información a auditores externos cuando la requieran para emitir sus dictámenes sobre nuestra Compañía, o a terceros proveedores de servicios de Chubb, cuando sea necesario para el ejercicio de las actividades como Aseguradora.

Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para: (i) enviarle información acerca de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (ii) envío de información, revistas, temas de actualización y noticias de nuestra industria o de temas que puedan resultar de interés, así como noticias, comunicaciones o publicidad de Chubb o las empresas que forman parte de Chubb Group en México o alrededor del mundo; (iii) fines publicitarios o de prospección comercial de Chubb, o las empresas que forman parte de Chubb Group en México y alrededor del mundo; (iv) usos estadísticos y para medir la calidad de los servicios de Chubb; (v) organización de eventos y (vi) la transferencia a terceras partes socios comerciales, con el propósito de que puedan contactarlo para ofrecerle servicios y productos que estén o no relacionados con los servicios que esta empresa preste.

Las finalidades antes mencionadas, no cuentan con la característica de dar origen o ser necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Chubb y usted, por lo que podrá manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para estos efectos marcando la siguiente casilla:

☐ No deseo que Chubb use mi información personal para las finalidades mencionadas en el párrafo anterior.

Nota: si este Aviso de Privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para el tratamiento de sus datos personales con respecto a las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación jurídica con el responsable. Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o al correo electrónico **datospersonales@chubb.com**

¿Con quién compartimos sus datos personales?

Asimismo, le informamos que sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros podrán ser transferidos y tratados dentro y fuera del país, por personas distintas a Chubb para las finalidades establecidas en el presente Aviso de Privacidad y para poder cumplir con nuestras obligaciones contractuales y/o legales frente a usted y frente a las autoridades de otros países. En ese sentido su información podrá ser compartida con:

(i) Contratistas, prestadores de servicio y asesores de Chubb con los siguientes giros: (a) empresas especializadas en investigación de antecedentes en bases de datos nacionales como internacionales, (b) auditores externos que procesan la información por cuenta de Chubb; (ii) empresas nacionales y extranjeras que sean parte de Chubb Group; (iii) autoridades en México o en el extranjero; y (iv) a cualquier otra persona autorizada por la ley o el reglamento aplicable.

Otras personas con las que podemos compartir su información y de las que se considera necesario obtener su consentimiento son personas dedicadas a la prestación de servicios especializados en los ramos que a continuación se describen, y contratadas por Chubb para desempeñar los fines siguientes: (v) archivo de documentos; (vi) organización de eventos.

Asimismo, si usted no marca la casilla siguiente entenderemos que usted nos otorga su consentimiento para transferir sus datos personales y/o datos personales sensibles, patrimoniales y/o financieros para los fines que se señalan en el párrafo anterior, es importante que conozca que este consentimiento es revocable en cualquier momento siguiendo el procedimiento que para estos efectos está establecido más adelante.

☐ No doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos personales a efecto de los fines establecidos en el párrafo anterior.

Nota: si este Aviso de Privacidad no se hace del conocimiento del titular de manera personal, el titular tiene un plazo de cinco días hábiles a partir de que haya tenido conocimiento del mismo para que, de ser el caso, manifieste por escrito su negativa para la transferencia de sus datos personales con respecto a las finalidades que refiere el párrafo anterior.

Dicha negativa se entregará de manera física en el domicilio de Chubb o en el correo electrónico **datospersonales@chubb.com**

De conformidad con lo establecido en la Ley, el tercero receptor asumirá las mismas obligaciones que Chubb asume en el presente Aviso de Privacidad a efecto de salvaguardar sus datos personales.

Sus derechos - ¿Cómo puede acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento o transferencia de sus datos personales?

Como titular de los datos personales que usted nos proporcione, usted tendrá de conformidad con la Ley y su Reglamento el derecho de **acceder** a los datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos; **rectificar** en caso de que estén incompletos o sean inexactos; **cancelar** en caso que considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente Aviso de Privacidad, estén siendo utilizados para finalidades que no hayan sido consentidos; o bien, **oponerse** al tratamiento de los datos personales que nos haya proporcionado para fines específicos.

Si usted desea realizar el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/u oposición al tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud en los términos establecidos por la Ley y su Reglamento, a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico **datospersonales@chubb.com**, o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier solicitud de ejercicio de sus derechos, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales a los que desea acceder o que desea rectificar, cancelar u oponerse y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendario siguiente a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

Usted puede utilizar los formularios que para estos efectos Chubb pone a su disposición en su página de internet **www.chubb.com/mx**

Cuando sea procedente una solicitud de acceso a la información, los datos personales se pondrán a su disposición por medios electrónicos.

¿Cómo puede revocar el consentimiento de tratamiento de sus datos personales?

Si usted desea revocar el tratamiento de sus datos personales podrá enviar su solicitud a nuestro departamento de datos personales a la dirección de correo electrónico **datospersonales@chubb.com** o a nuestra dirección física en domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier solicitud, deberá indicar su nombre y domicilio para darle respuesta, proporcionar una copia de su identificación oficial vigente (pasaporte o credencial de elector), la descripción clara y precisa de los datos personales de los que desea revocar el consentimiento y cualquier otro elemento que facilite la localización de sus datos, así como cualquier otro requisito establecido por la Ley, su Reglamento, y demás disposiciones aplicables.

Chubb responderá cualquier solicitud que se realice por medios electrónicos o en forma física en un plazo máximo de 20 días calendario o el máximo permitido por la Ley. La respuesta de Chubb indicará si la solicitud de revocación es procedente y, en su caso, hará efectiva la determinación dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que comunique la respuesta o el máximo permitido por la ley. Los plazos podrán ser ampliados en los términos que señale la Ley aplicable.

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de sus datos personales?

Usted tiene derecho de limitar el uso o divulgación de sus datos personales para las finalidades que no son necesarias para nuestra relación jurídica, por lo que si usted desea ejercer este derecho, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de datos personales enviando un correo electrónico a **datospersonales@chubb.com** o en nuestro domicilio establecido en Capital Reforma, Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, a fin de indicarnos dicha situación y a efecto de que se le inscriba en un listado de exclusión del cual se le otorgará una constancia electrónica o física, según nos lo solicite.

Si requiere mayor información del ejercicio de sus derechos ante Chubb, favor de enviar un correo electrónico a la dirección **datospersonales@chubb.com**

Modificaciones al Aviso de Privacidad; Legislación y Jurisdicción

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente Aviso de Privacidad, en atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios.

Las modificaciones a nuestro Aviso de Privacidad se darán a conocer a través de nuestra página de Internet **www.chubb.com/mx**, por lo que le sugerimos revisar constantemente nuestro sitio de Internet a fin de conocer cualquier cambio realizado.

Este Aviso de Privacidad se rige por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las demás leyes y reglamentos de los Estados Unidos Mexicanos. La aceptación de este Aviso de Privacidad implica una aceptación por escrito de los términos del mismo y su sometimiento expreso a los tribunales de la Ciudad de México, para cualquier controversia o reclamación derivada de este Aviso de Privacidad.

Si usted considera que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer la queja o denuncia correspondiente ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, para mayor información visite **www.ifai.org.mx**

Manifiesto que entiendo y acepto los términos de este Aviso de Privacidad, consiento que mis datos personales sensibles y financieros sean tratados conforme a los términos y condiciones de este Aviso de Privacidad y consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala este Aviso de Privacidad.

Nombre:

Fecha:

Firma de conformidad: _____

Cláusula General Designación de Beneficiarios

En caso de ocurrir el siniestro, por muerte del **Asegurado**, y que el mismo sea procedente, la suma asegurada será pagada de la siguiente forma:

1. El 100% al cónyuge o concubino(a).
2. A falta de cónyuge o concubino(a) a los hijos del **Asegurado** en partes iguales.
3. A falta de cónyuge o concubino(a) e hijos, a los padres del **Asegurado** en partes iguales.

A falta de cualquiera de las personas antes mencionadas y en caso de que el **Asegurado** no hubiese realizado una designación de beneficiarios posterior a ese acto, la suma asegurada se pagará a su sucesión legal.

El **Asegurado** podrá modificar la designación de **Beneficiarios** previamente realizada, en el momento que el **Asegurado** así lo estime conveniente, para efectos de lo cual, el **Asegurado** deberá comunicarlo, por escrito, a la Compañía, debiendo especificar el nombre completo de los **Beneficiarios**, la porción (porcentaje) de la **Suma Asegurada** a la que tendrán derecho y el carácter con el que son designados.

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 16 de marzo de 2022, con el número CGEN-S0039-0047-2022 / CONDUSEF-001783-04.

Contacto

Av. Paseo de la Reforma 250
Torre Niza, Piso 7
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001

Chubb. Insured.SM