

SEGURO DE ACCIDENT CASH

CONDICIONES CONTRACTUALES

SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. BASES CONTRACTUALES

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

CLÁUSULA 2ª. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

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

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

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente, y continúa en tal estado por un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha en que se declare médicamente la invalidez y antes de cumplir los sesenta (60) años de edad, la Aseguradora pagará al Asegurado en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para esta cobertura.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 3ª DEFINICIONES

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

1. Aseguradora
ACE Seguros, S.A.
2. Asegurado

Es la persona que ha quedado protegida bajo los beneficios de la póliza y que puede tener el carácter de titular cuando así aparezca en la carátula de la póliza, o de familiar cuando aparezca en el endoso de inclusión de familiares y en el certificado correspondiente.

3. Contratante

Es la persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y sobre el cual recae la obligación de pago de las Primas.

4. Accidente Cubierto

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se consideran accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.

5. Convalecencia

Es el período que el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio, por prescripción de un médico, exceptuando las salidas que haga de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

6. Invalidez Temporal Parcial por Accidente

Es la imposibilidad temporal a consecuencia de un Accidente cubierto que sufra el Asegurado para desempeñar una o más actividades propias de su trabajo habitual.

7. Invalidez Temporal Total por Accidente

Es la incapacidad temporal total que imposibilita al Asegurado para desempeñar su trabajo habitual, a causa de un Accidente cubierto, siendo necesario que se encuentre internado en un hospital o esté en convalecencia.

8. Invalidez Total y Permanente por Accidente

Es la incapacidad en forma total que subsiste después de un período continuo de seis (6) meses sufrida por el Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto, para desempeñar su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y que presumiblemente perdurará mientras viva.

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

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

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

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

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

9. Incapacidades sucesivas

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

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

10. Póliza

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

11. Prima neta

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

CLÁUSULA 4ª EXCLUSIONES

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

- a) SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.
- b) ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:

- a) AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- b) PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- c) CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
- d) PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO, Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.

4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, NEUROSIS O PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE.

5. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

7. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.

8. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.

9. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR EN ESTADO ALCOHÓLICO O POR EL USO DE ESTIMULANTES, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.

10. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

CLÁUSULA 5ª. ADMINISTRACIÓN DE INDEMNIZACIONES

1 Aviso

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

2 Pruebas

El reclamante presentará a la Aseguradora, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las reclamaciones indicadas.

3 Pago

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

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

4 Deduciones

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

5 Cambio de beneficiarios

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

6 Otros Seguros

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

7 Moneda

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

CLÁUSULA 6ª. PROCEDIMIENTOS

1 Terminación de Cobertura

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

2 Renovación

Para cada uno de los asegurados este Seguro podrá ser renovado por periodos de un año, siendo posibles las renovaciones hasta la edad de sesenta (60) años. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos treinta días antes de la fecha de su vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Aseguradora se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. En cada renovación, la prima a

cargo del Contratante será la que corresponda a las edades alcanzadas por los Asegurados.

3 Edad

Las edades mínimas y máximas de aceptación para esta póliza son:
Mínima: doce (12) años cumplidos, máxima: cincuenta y nueve (59) años

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

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

Art. 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. *“Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados, se aplicarán las siguientes reglas:*

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

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

3 Cancelación del Seguro

A) A petición del Contratante:

El Seguro con respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Aseguradora. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la póliza.

B) Cancelación Automática

Esta póliza se cancelará automáticamente al ocurrir el fallecimiento de Asegurado titular en cuyo caso, cualquiera de los Asegurados familiares que legalmente puedan celebrar contratos, puede solicitar la expedición de una nueva póliza.

SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. PRIMA

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

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

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

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

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante en las oficinas de la Aseguradora, contra entrega del recibo correspondiente o bien mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia. Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar. En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

CLÁUSULA 2ª. REHABILITACIÓN

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

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

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

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

CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

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

CLÁUSULA 6ª. NOTIFICACIONES

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

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

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

CLÁUSULA 7ª. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

CLÁUSULA 8ª. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos establecidos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

CLÁUSULA 9ª. PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

CLÁUSULA 11ª. DERECHO DEL CONTRATANTE A SER INFORMADO

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

ACE Seguros, S.A.

Edificio Arcos Oriente, Bosques de Alisos No. 47-A, 1er. Piso,
Colonia Bosques de las Lomas,
México, D.F., C.P. 05120

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0039-0669-2005 de fecha 28/06/2006.

ENDOSO QUE SE AGREGA Y/O FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:**COBERTURA POR FRACTURA DE HUESO**

Si durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto que provoque o cause en un solo evento la fractura o varias fracturas de algún hueso y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará hasta el monto contratado como Suma Asegurada que aparece indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado, previa comprobación.

La suma asegurada para esta cobertura será por accidente, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los asegurados al agotarse la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza o hasta 365 días a partir de la ocurrencia del primer gasto, lo que ocurra primero.

La cobertura amparará hasta dos eventos por año póliza de cada asegurado, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y al corriente en sus pagos al momento de ocurrir el accidente.

Se entiende por Fractura de Hueso la discontinuidad en los huesos a consecuencia de golpes, fuerzas o intensidades que superen la elasticidad del hueso.

EXCLUSIONES

ADEMAS DE LAS MENCIONADAS EN LA PRESENTE POLIZA SE ENCONTRARAN EXCLUIDAS:

- FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS LLAMADO OSTEOPOROSIS
- FRACTURAS PATOLOGICAS, QUE SE PRESENTAN EN PERSONAS SANAS CON ALGUNA ENFERMEDAD DE BASE QUE CAUSA DEBILITAMIENTO DE LA ESTRUCTURA OSEA.
- FRACTURAS PROVOCADAS POR FUERZAS REPETITIVAS, OCASIONADAS POR ACTIVIDADES O DEPORTES TALES COMO CORRER, TENIS U OTRO TIPO DE ACTIVIDAD SIMILAR.

CLÁUSULA PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL (CIRCULAR 25.5)

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Circular S-25.5 de fecha 29 de septiembre de 2009, ACE SEGUROS, S.A. está obligada, en los contratos de adhesión que celebre bajo la comercialización a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren el tercer párrafo y las fracciones I y II del artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, a hacer del conocimiento del contratante o asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

- a. ACE Seguros, S.A. tendrá la obligación de entregar al asegurado o contratante, la póliza o certificado, endosos, o cualquier otro documento que incorpore derechos u obligaciones para las partes.
- b. Cuando no se realice la entrega inmediata de la póliza, ACE Seguros, S.A. estará obligada a hacer del conocimiento del contratante o asegurado la forma en que podrá obtenerla, así como el mecanismo para cancelarla o solicitar que no se renueve automáticamente la misma, de acuerdo con los supuestos siguientes:
 1. En el caso de venta telefónica, la forma de la entrega de la documentación contractual se incluirá en las guías de venta que utilice la institución.
 2. En el caso de venta a través de Internet, la forma de entrega se establecerá mediante el procedimiento que se indique en la página WEB de ACE Seguros, S.A.
 3. En los casos de venta por empleados o apoderados de un prestador de servicios a los que se refiere el tercer párrafo y las fracciones I y II del artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la forma de entrega de la póliza se establecerá en el proceso de contratación.

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 52 58 58 00 en el D.F., o al 01 800 911 2639

para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet :

<http://author.aceins.com/ACELatinAmericaRoot/Mexico/General+Conditions/>

obtenga las condiciones generales de su producto.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.

La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0039-0140-2009 de fecha 21 de diciembre de 2009