

SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL

SECCIÓN PRIMERA DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. COBERTURAS BÁSICAS

El Asegurado quedará cubierto por cualquiera de las coberturas básicas siguientes, que aparezcan como contratadas en la Carátula y/o Especificación de la Póliza:

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo.

CLÁUSULA 2ª. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA Y LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS CUANDO EL FALLECIMIENTO / PÉRDIDA ORGÁNICA / INVALIDEZ SEA EFECTO DIRECTO O INDIRECTO, TOTAL O PARCIAL DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

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.**
- c) **RIÑA PROVOCADA POR 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 PÚBLICO 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) **LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA AMATEUR U OCASIONAL DE DEPORTES TALES COMO: ESQUÍ, PARACAIDISMO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, RAPEL, BUCEO, CHARRERÍA, TAUROMÁQUIA, CACERÍA, HOCKEY, EQUITACIÓN, BOX, LUCHA LIBRE, LUCHA GRECO ROMANA, ARTES MARCIALES, MOTOCICLISMO TERRESTRE O ACUÁTICO, GO-KARTS, JET SKI O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO O EXTREMO.**
- e) **LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.**

3. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO O 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 CUBIERTO.

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

6. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO 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. FALLECIMIENTO O LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL O POR EL USO DE DROGAS, ESTIMULANTES Y/O SOMNÍFEROS, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER COMO TAL.

10. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

CLÁUSULA 3ª. DEFINICIONES

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

1. Asegurado

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

2. Aseguradora ACE Seguros, S.A.

3. Accidente cubierto

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

4. Beneficiario

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

5. Contratante

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

6. Ley

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

7. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes

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

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

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine

mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar a el Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

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

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

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

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

8. Póliza y/o Contrato de Seguro.

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

CLÁUSULA 4ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1 Aviso

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

2 Pruebas

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

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

3 Formas de Indemnización

Para las coberturas por Muerte Accidental, contratadas, la Aseguradora pagará la indemnización correspondiente a cada cobertura de conformidad con la forma de pago establecida en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

4 Deduciones

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

CLÁUSULA 5ª. EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad mínima se establece en 18 (diez y ocho) años y máxima de 75 (Setenta y cinco) años de aceptación

CLÁUSULA 6ª. TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas incluidas en esta Póliza terminarán cuando éste alcance la edad máxima de renovación será a los 80 (Ochenta) años:

CLÁUSULA 7ª. CANCELACIÓN DEL SEGURO

A petición del Contratante:

El Seguro respecto a cualquier Asegurado será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito. La Cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En caso de haberse pactado el pago de la prima en forma anual, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la póliza.

Cancelación automática:

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

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

SECCIÓN SEGUNDA DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1ª. PRIMA

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

Si el Asegurado 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 Asegurado.

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

La prima convenida podrá ser pagada por el Asegurado mediante descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Aseguradora en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya seleccionado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, 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 esta última, el

comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia o inmediatamente después del día en que deba pagarse la segunda o ulteriores parcialidades.

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, o bien, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, 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 Asegurado podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula o dentro de los treinta (30) días siguientes al día de pago de la parcialidad que corresponda, según sea el caso, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

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

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

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Aseguradora para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. La Aseguradora responderá por todos los Sinistros ocurridos solamente a partir de la fecha de rehabilitación.

CLÁUSULA 3ª. VIGENCIA DEL CONTRATO

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula y/o Especificación de la Póliza.

CLÁUSULA 4ª. MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA 5ª. OMISIONES Y FALSAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligada 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 a el Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

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

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

CLÁUSULA 10ª. MONEDA

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

CLÁUSULA 11ª. COMISIONES O COMPENSACIONES A INTERMEDIARIOS O PERSONAS MORALES

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

CLÁUSULA 12ª. ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

ACE Seguros, S.A.
Edificio 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-S0039-0322-2008 de fecha 29/10/2008.

SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS

DISPOSICIONES PARTICULARES

Para todos los efectos de este Contrato de Seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

1. **COMPAÑÍA:** ACE SEGUROS, S.A.
2. **CONTRATANTE.**
Es la persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro.
3. **ASEGURADO.**
Cada uno de los miembros de la familia asegurable, que a solicitud del contratante, ha quedado amparado bajo esta póliza.

CONDICIONES GENERALES

1. **CONTRATO**
Esta póliza, la solicitud, las cláusulas adicionales y los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se agreguen, constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el asegurado y la Compañía.
2. **RIESGO CUBIERTO**
Este seguro pagará la Suma Asegurada contratada en la carátula., al fallecimiento del asegurado, siempre y cuando se encuentre cubierto.
3. **VIGENCIA DEL CONTRATO.**
El presente contrato entrará en vigor desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, o antes, desde el momento en que el asegurado tuviera conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado.
4. **TERMINACIÓN DE COBERTURA.**
La cobertura correspondiente a cada asegurado nunca sobrepasará al aniversario inmediato posterior en que cumpla 80 años.
5. **RENOVACIÓN.**
Para cada uno de los asegurados este seguro podrá ser renovado por periodos de un año. Si el Asegurado no desea renovar debe dar aviso a la Compañía por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos 30 días antes de la fecha de su vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación.
6. **OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.**
El contratante y el titular están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer

en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

7. INDISPUTABILIDAD.

Este contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de su fecha de vigencia o la de su rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del asegurado y al efecto la Compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para atacarlo de nulidad o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración. Cuando posteriormente a la fecha de vigencia o rehabilitación, el asegurado presentara cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la suma asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de inclusión. Después de transcurrido ese período, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la póliza.

8. SUICIDIO.

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de vigencia o de la rehabilitación de este contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la Compañía, será el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

9. OTROS SEGUROS.

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

10. CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este contrato no se afectará por razones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del asegurado que cambien posteriormente a la contratación de la póliza.

11. BENEFICIARIOS.

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza para ser anotado. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato. El asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del beneficiario, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del asegurado. Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. De conformidad con el Artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecho en los términos del artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La suma asegurada y todas las cantidades derivadas de este contrato, serán pagadas al beneficiario o beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la suma asegurada y la entregue a otras.

ADVERTENCIAS: El asegurado, en el caso de que desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no 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 deben 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 beneficiarios menores, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral; pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

12. AVISO.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a su realización.

13. PRUEBAS.

El reclamante presentará a la Compañía, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas que permitan a la Compañía conocer el fundamento de la reclamación.

14. LIQUIDACIÓN.

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

Al efectuarse la liquidación de este contrato, la Compañía tendrá el derecho de reducir la suma asegurada por el importe de la prima vencida y no pagada.

15. FORMAS OPCIONALES DE LIQUIDACIÓN.

El asegurado puede elegir que las cantidades resultantes a su favor de este contrato por fallecimiento, sean liquidadas a sus beneficiarios en una sola exhibición.

16. MODIFICACIONES

Las condiciones generales de esta póliza, sólo podrán modificarse, entre el asegurado y la Compañía, previo acuerdo de los mismos haciéndolo constar, mediante cláusulas adicionales registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la Compañía, 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 que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones" (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

17. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del asegurado o de la Compañía, se verificarán en Moneda Nacional de acuerdo a la ley monetaria vigente en cualquiera de los oficinas de la Compañía en la fecha de pago.

18. PRIMAS

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados, de acuerdo con su ocupación y edad en la fecha de emisión y vence en el momento de la celebración del Contrato. En cada Renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El pago de las primas debe hacerse por anualidades, pero la Compañía acepta que el asegurado pague

en forma fraccionada semestral, trimestral o mensual. Si el asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, se aplicarán las tasas de financiamiento establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en el momento de la vigencia de la póliza, los cuales se darán a conocer por escrito al asegurado. Los pagos de primas deberán ser hechos en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o en su defecto, con cargo a la nomina del asegurado, hasta en tanto la compañía no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina en donde aparezca el cargo correspondiente, será prueba plena del pago de las primas.

18. PERÍODO DE ESPERA PARA EL PAGO DE PRIMAS.

El asegurado tiene derecho a un período de espera de treinta días naturales para cubrir cada prima de acuerdo con la forma de pago que haya elegido, sin que cause interés dentro de dicho plazo, continuando el contrato en vigor durante este lapso.

Si dentro del período de espera ocurre el fallecimiento del asegurado, la Compañía pagará la suma asegurada, deduciendo la prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiera sido pagada. Una vez transcurrido el período de espera, sin que hayan pagado las primas anuales, cesarán automáticamente todos los efectos de este contrato.

19. 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 Compañía. 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 cualquiera de los siguientes eventos:

- i) Que por voluntad del contratante la prima no sea pagada
- ii) Que no se encuentre amparado por lo menos el titular ó su cónyuge.

20. REHABILITACIÓN.

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de primas podrá ser rehabilitado en cualquier época, solicitándolo el asegurado por escrito y justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a juicio de la Compañía. Al efectuar la rehabilitación el asegurado deberá pagar la prima o primas en descubierto, los intereses por demora a la tasa de interés y procedimiento que para este efecto haya sido registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, derivado de este contrato.

21. CAMBIO DEL PLAN.

El plan de este contrato podrá ser cambiado en cualquier época a otro que la Compañía estuviere emitiendo en la fecha de vigencia de póliza y que en la fecha del cambio siga siendo emitido, con excepción de planes de Seguro Temporal, en el concepto de que la prima por millar de seguro del nuevo plan deberá ser mayor que la de esta póliza. Para ejercer este derecho, el asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía y encontrarse al corriente en el pago de primas.

Al verificarse el cambio, el asegurado deberá pagar la diferencia en primas entre uno y otro plan, más intereses sobre las diferencias que resulten desde la fecha de vencimiento de cada una de las primas hasta la del cambio, a la tasa que para este efecto se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, aplicándose la tarifa en vigor al entrar en vigencia esta póliza. En caso de que este pago sea inferior a la diferencia entre la reserva existente y la que deba constituirse para el nuevo plan el asegurado deberá pagar la diferencia entre las reservas. En el nuevo contrato se entenderá que la fecha de vigencia y la edad del asegurado en ese momento, serán las mismas que hubieren señalado en el contrato original.

22. CESIÓN.

Los derechos de este Contrato, sólo pueden cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

23. EDAD.

EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad mínima se establece en 18 (diez y ocho) años y máxima de 75 (Setenta y cinco) años de aceptación

TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas incluidas en esta Póliza terminarán cuando éste alcance la edad máxima de renovación será a los 80 (Ochenta) años:

24. INTERÉS MORATORIO.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar 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 beneficiario tercero dañado, una indemnización por mora en términos del artículo 135-bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que a letra dice:

“Art. 135 bis. ...I. Las obligaciones en Moneda Nacional de denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar 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;...

...III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 de la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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.”

En caso de juicio o arbitrajes los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

25. COMUNICACIONES.

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social, indicado en la Carátula de esta póliza. En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de lo que conste en la póliza expedida, la Compañía deberá comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquiera otro efecto legal. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la Compañía, de conformidad con el Artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

26. PRESCRIPCIÓN.

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

27. COMPETENCIA

28. En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

ACE Seguros, S.A.

Edificio Arcos Oriente

Bosques de Alisos No. 47A 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 en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el número CNSF-S0039-0517-2003, de fecha 28 de Noviembre de 2003”

SEGURO INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

I. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1. Indemnización Diaria por Hospitalización (IDH) ACE Seguros, pagará una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en la carátula de esta póliza, la Indemnización Diaria de esta cobertura, durante el período del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado por un mínimo de 24 horas en un hospital a consecuencia de un Accidente cubierto o una Enfermedad cubierta por esta póliza.

2. Periodo de Beneficio

Por cada Accidente cubierto o Enfermedad cubierta, se establece un período de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, limitándose a un máximo de 365 días.

3. Hospitalizaciones Sucesivas

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Accidente o Enfermedad, separadas por intervalos menores a un año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el período máximo de beneficio de 365 días. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva de transcurridos 12 meses, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

Responsabilidad Máxima

La responsabilidad de ACE Seguros S.A., en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para cada una de estas coberturas.

II. EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO CUBRE.

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.

C) LESIONES SUFRIDAS POR CULPA, IMPERICIA O NEGLIGENCIAS GRAVES DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR EN ESTADO ALCOHÓLICO O POR USO DE ESTIMULANTES EXCEPTO SI FUE PRESCRITO POR UN MÉDICO.

2. SALVO PACTO 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 AÉREAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA LA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS CON ITINERARIOS FIJOS.

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

C) CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y/O VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILARES ACUÁTICOS Y TERRESTRES.

D) PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, TAURAMAQUIA, ESQUÍ, ESPELEOLOGÍA, RAFTING, MOTONÁUTICA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

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

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LA HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE:

1. CUALQUIER TRATAMIENTO RELACIONADO CON PADECIMIENTOS PREEXISTENTES A LA FECHA EN QUE INICIE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA CON RESPECTO A CADA ASEGURADO.

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

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

4. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBIDOS A AMIGDALITIS, ADENOIDITIS O HERNIAS, SALVO QUE EL ASEGURADO HAYA ESTADO AMPARADO ININTERRUMPIDAMENTE DURANTE LOS CUATRO MESES PREVIOS A LA FECHA EN QUE SE PRACTIQUE LA INTERVENCIÓN O SE PROPORCIONEN EL TRATAMIENTO EN CUESTIÓN.

5. TRATAMIENTOS 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.

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

7. CURAS DE REPOSO O EXÁMENES MÉDICOS GENERALES PARA COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE "CHECK-UP".

8. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL COMPLEJO SINTOMÁTICO RELACIONADO CON EL SIDA (CRS), Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR Y/O RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH.

9. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES QUE SON TRANSMITIDAS SEXUALMENTE.

II. DEFINICIONES

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

1. Contratante

Es la persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro.

3. Asegurado

Cada una de las personas que a solicitud del contratante ha quedado amparado bajo esta póliza.

4. Accidente Cubierto

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

5. Hospital

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

6. Médico

Significa toda persona que esté debidamente titulada como médico y legalmente autorizada para ejercer la medicina.

7. Especialista

Significa un médico que ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para dictar diagnósticos o prescribir tratamientos para enfermedades que se especifican dentro de esta póliza.

8. Enfermedad Cubierta

Toda alteración de la salud sufrida por el asegurado, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.

III. Administración de Indemnizaciones.

1. Aviso

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

2. Pruebas

El reclamante presentará a ACE Seguros, S.A., además de las formas de declaración del siniestro que esto le proporcione, todas las pruebas relacionadas con la pérdida sufrida. ACE Seguros, S.A., tendrá derecho, siempre que la juzgue conveniente, y a su costa a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a ACE Seguros, S.A., de cualquier obligación.

3. Pago

ACE Seguros, S.A., pagará a sus Beneficiarios la Indemnización que proceda dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

4. Deducciones

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

5. Cambios de Beneficiarios

Cualquier Asegurado podrá en cualquier momento designar Beneficiarios mediante notificación a ACE Seguros, S.A., la cual pagará el importe del Seguro a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable.

IV Procedimientos

1. **Altas:** Los miembros que Ingresen al grupo o colectividad asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad asegurable.

2. **Bajas.** Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

3. Renovación

Este Seguro será renovado automáticamente salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos 30 días antes de la fecha de su vencimiento. El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

5. Edad

EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad mínima se establece en 18 (diez y ocho) años y máxima de 75 (Setenta y cinco) años de aceptación

TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas incluidas en esta Póliza terminarán cuando éste alcance la edad máxima de renovación será a los 80 (Ochenta) años:

6. Cancelación del Seguro

A petición del Contratante:

El Seguro con respecto a cualquier asegurado será cancelado si el contratante lo solicita por escrito a ACE Seguros, S.A. 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.

Cancelación Automática

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

- Fallecimiento del Titular
- Que por voluntad del Contratante la prima no sea pagada.

7. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula de Primas, el Contratante podrá dentro de los 30 días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día mencionado Periodo 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 trató, el contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, ACE Seguros, S.A., ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al Artículo 40 de la ley sobre el contrato del 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 rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago. Sin perjuicio de sus efectos automáticos la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerlo constar ACE Seguros, S.A., 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.

V. Condiciones Generales

1. Contrato

Forma parte de este contrato y constituye prueba del mismo, la solicitud del seguro, esta póliza y los endosos adicionales que se le agreguen.

2. Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

3. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y el Titular están obligados a declarar por escrito a ACE Seguros, S.A., de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos que se le pregunten facultará a ACE Seguros, S.A., para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

4. Modificaciones del contrato

Sólo tendrán validez las modificaciones que se hagan a este contrato por escrito por medio de Cláusulas o Endosos previamente registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los agentes, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el contrato de Seguro).

5. Notificaciones

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Seguro deberá hacerse a ACE Seguros, S.A., por escrito precisamente en su domicilio social, indicado en la carátula de esta póliza.

6. Competencia

En caso de controversia, el quejoso deberá acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones en los términos del Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá acudir a los tribunales competentes del domicilio de ACE Seguros, S.A.

7. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en moneda nacional en cualquiera de las oficinas de ACE Seguros, S.A., en la República Mexicana en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

8. Primas

El Contratante gozará de un período de espera de 30 días naturales para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las 12 horas del último día del período de espera, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o fracción pactada.

9. Interés Moratorio

En caso de que ACE Seguros, S.A., 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 moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantengan invertidas sus reservas técnicas durante el lapso de mora. Lo dispuesto en la presente cláusula no es aplicable en los casos a los que se refiere el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en los que deberá acatar a lo establecido por dicho Artículo y por el Artículo 136 de la citada Ley.

10. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguros prescribirán en dos 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 en los casos de excepción, consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

11. Territorialidad

El presente contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales con excepción en las que exista algún conflicto bélico.

12. Carencias de Restricciones Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida de los asegurados, posteriores a la contratación de la póliza.

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por registro número CNSF-732.2 (S-60) /2 Oficio 3095, con fecha 24 de Enero de 1992."

CLÁUSULA DE PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES

▪ Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.

1. Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

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

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

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

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

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 CGEN-S0039-0253-2006 de fecha 20/04/2006

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 01 800 223 2001 OPCION 1 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