

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

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 beneficiario designado las Sumas Aseguradas que correspondan a las coberturas contratadas si ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto conforme a la definición que del mismo se hace en esta póliza.

Por su parte, el Contratante se obliga con la Aseguradora al pago de las primas en las fechas señaladas en la carátula de la 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 y límites:

2.1 Indemnización por Muerte Accidental

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

2.2 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 o Enfermedad cubierto por esta póliza.

▪ Período de Beneficio

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

▪ 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 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.

2.3 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.

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.

Para el caso de la cobertura de muerte accidental en transporte público, además el accidente para ser cubierto, deberá producirse mientras el Asegurado se encuentre a bordo del transporte con boleto pagado, o haber pagado el costo correspondiente.

Para el caso de la cobertura de muerte accidental en tránsito, además el accidente para ser cubierto, deberá producirse mientras el Asegurado viaje a bordo de un vehículo privado o como pasajero en un automóvil de alquiler, o si es atropellado por cualquier clase de vehículo, al ir como peatón en la vía pública.

5. 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.

6. Médico

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

7. Hospital

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

8. Convalecencia

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

9. Padecimientos Preexistentes

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

- Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la Póliza
- En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la Póliza
- 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.

1. 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.

2. 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.

3. 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.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada Asegurado:

- Fue de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibidos; o
- Fue aparente a la vista, o
- Fue diagnosticado por un médico.

10. Beneficiario

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

11. 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.

12. Prima neta

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

CLÁUSULA 4ª EXCLUSIONES

4.1 PARA TODAS LAS COBERTURAS: ESTA PÓLIZA NO AMPARA:

1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

- SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O

INSURRECCIÓN.

- 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:

- AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
- PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAURAMAQUIA 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 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. LESIONES SUFRIDAS POR IMPRUDENCIA 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.

4.2 EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

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 PSÍQUICA NERVIOSA, 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 PROPORCIONE 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 INMUNO DEFICIENCIA 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.**
10. **PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**

4.3 EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS: ADEMÁS DE LAS MENCIONADAS EN LA PRESENTE POLIZA SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

- **FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS LLAMADO OSTEOPOROSIS**
- **FRACTURAS PATOLÓGICAS, 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 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.
- 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.
- 4 **Deducciones**
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 **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 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 6ª. PROCEDIMIENTOS

- 1 **Terminación de Cobertura**
La cobertura correspondiente a cada Asegurado nunca sobrepasará al aniversario inmediato posterior en que éste cumpla ochenta (80) años de edad.
- 2 **Renovación**
Para cada uno de los Asegurados este Seguro podrá ser renovado por periodos de un año. Si alguna de las partes no desea renovar el mismo, debe dar aviso a la otra por escrito que es su voluntad de no renovarlo por lo menos 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 mínima y máxima de aceptación para esta póliza son: Mínima: dieciocho (18) años cumplidos, máxima: setenta y cinco (75) años, con renovación a los ochenta (80) 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.

4. 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 no accidental del Asegurado titular en cuyo caso, cualquiera de los Asegurados familiares que legalmente puedan celebrar contratos puede, dentro de un plazo de treinta (30) días naturales después de la cancelación, solicitar la emisión de una póliza de seguro semejante a la cancelada.

**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-S0039-0648-2005 de fecha 28/06/2006.

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