

SEGURO DE DESEMPELO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

**SECCIÓN PRIMERA
DISPOSICIONES PARTICULARES**

CLÁUSULA 1ª. COBERTURA BÁSICA

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

- DESEMPELO INVOLUNTARIO

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

Indemnización: Si una vez superado el Periodo de Espera de Desempleo Involuntario especificado en la carátula o certificado de la Póliza, el Asegurado queda desempleado de manera involuntaria durante la vigencia de esta Póliza y permanece así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Desempleo especificado en la carátula o certificado de la Póliza, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula o certificado de la Póliza mientras el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

- DESEMPELO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Elegibilidad: Solo son elegibles para la cobertura de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad (de acuerdo a lo que se especifique en la carátula o certificado de la Póliza) las personas que al momento de la contratación de la Póliza sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados).

Indemnización: Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir dinero alguno por su trabajo personal a consecuencia de una Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, entonces la Aseguradora cubrirá al Beneficiario los pagos con el máximo en número, monto y periodicidad especificados en la carátula o certificado de la Póliza mientras el Asegurado permanezca desempleado. La responsabilidad de la Aseguradora por periodos menores a la periodicidad del pago, se cubrirá a prorrata por cada día que el Asegurado permanezca desempleado involuntariamente.

En los casos de Invalidez Total Temporal por Enfermedad el pago se realizará siempre y cuando el Asegurado permanezca así por un periodo que exceda el Periodo de Eliminación de Invalidez Total Temporal por Enfermedad especificado en la carátula o certificado de la Póliza. En los casos de Invalidez Total Temporal por Accidente el pago se realizará de forma inmediata.

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La cobertura básica de este seguro podrá estar ligada a un crédito o simplemente estar destinada a conservar el nivel de vida del Asegurado, conforme a lo siguiente:

- a) **CRÉDITO:** Cuando la cobertura se encuentre ligada a algún crédito (bancario, hipotecario, automotriz, etc.) se cubrirá como máximo el número de pagos del crédito que se especifique en la carátula de la Póliza. En caso de que el crédito finalice y no se haya agotado el número máximo de pagos estipulados en la carátula de la Póliza, la Aseguradora dejará de realizar dichos pagos independientemente de que el Asegurado haya o no recuperado su empleo, ya que el interés asegurable desaparece con la extinción del crédito.
- b) **CONSERVACIÓN DEL NIVEL DE VIDA:** En este caso la Aseguradora podrá cubrir como máximo el número de pagos estipulados en la carátula de la Póliza. Si la vigencia del seguro llegara a finalizar antes de que se agote el número máximo de pagos cubiertos por la Aseguradora y el Asegurado continuara desempleado, la Aseguradora continuará efectuando los pagos a diferencia de los casos en que la cobertura se encuentre ligada a un crédito. Esta indemnización podrá estar destinada a cubrir pagos tales como luz, colegiaturas, teléfono, etc. o, en general, compensar la pérdida del poder adquisitivo del Asegurado.

CLÁUSULA 2ª. EXCLUSIONES

PARA LA COBERTURA DE DESEMPELO INVOLUNTARIO

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CON RESPECTO A CUALQUIER PERIODO DE DESEMPELO INVOLUNTARIO QUE RESULTE DE:

- A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO
- B) DESEMPELO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO QUE SE INICIE DENTRO DEL PERIODO DE ESPERA ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DEBERÁ CUMPLIRSE CADA VEZ QUE SE INGRESE AL SEGURO, ENTENDIÉNDOSE COMO INGRESO LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO QUE NO SEA RENOVACIÓN INMEDIATA Y CONTINUA DE UN SEGURO ANTERIOR
- C) JUBILACIÓN, PENSIÓN O RETIRO ANTICIPADO DEL ASEGURADO
- D) RENUNCIA O PÉRDIDA VOLUNTARIA DEL TRABAJO DEL ASEGURADO
- E) PARTICIPAR EN PAROS O DISPUTAS LABORALES
- F) CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO INFORMADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE ALGÚN PROGRAMA POR PARTE DE SU EMPLEADOR PARA REDUCIR LA PLANTILLA LABORAL O INICIAR DESPIDOS QUE DE MANERA ESPECÍFICA O GENERAL INCLUYAN EL ÁREA DE TRABAJO DEL ASEGURADO
- G) CONDICIONES MENTALES DEL ASEGURADO
- H) PÉRDIDA DE EMPLEO DEL ASEGURADO, NOTIFICADA POR EL EMPLEADOR PREVIO A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA
- I) TERMINACIÓN DE UN CONTRATO DE TRABAJO, DE OBRA O TIEMPO DETERMINADO DEL ASEGURADO. EN CASO DE DARSE UNA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE TRABAJO, OBRA O TIEMPO DETERMINADO DEL ASEGURADO, LA ASEGURADORA SOLO CUBRIRÁ LOS PAGOS, HASTA EL NÚMERO MÁXIMO CONTRATADO O LA RECUPERACIÓN DEL EMPLEO, QUE CORRESPONDAN (NO SOBREPASEN) AL PERIODO ORIGINAL DE DICHO CONTRATO DE TRABAJO, DE OBRA O TIEMPO DETERMINADO DEL ASEGURADO
- J) LA RESCISIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PATRÓN POR ALGUNO DE LOS SUPUESTOS A LOS QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 47 Y SUS FRACCIONES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO
- K) SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE SEAN TRABAJADORES, COMERCIANTES O PROFESIONISTAS QUE LABOREN EN FORMA INDEPENDIENTE Y ESTÉN PERCIBIENDO UN INGRESO (AUTOEMPLEADOS).

PARA LA COBERTURA DE DESEMPELO POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA CON RESPECTO A CUALQUIER PERIODO DE DESEMPELO INVOLUNTARIO QUE RESULTE DE:

- A) EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO
- B) ACCIDENTES POR PARTICIPAR EN: SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN. ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO
- C) SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES COMO:
 - a. AVIACIÓN PRIVADA CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, CON EXCEPCIÓN DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS CON ITINERARIOS FIJOS Y RUTAS ESTABLECIDAS
 - b. PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO

- c. **CONDUCCIÓN DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILAR ACUÁTICOS Y TERRESTRES EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO**
- d. **PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE**
- D) **SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL**
- E) **LAS AFECIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE**
- F) **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**
- G) **LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR EN ESTADO ALCOHÓLICO O POR EL USO DE ESTIMULANTES; EXCEPTO SI FUE PRESCRITO POR UN MÉDICO**
- H) **ACCIDENTES ORIGINADOS POR HACER USO DE ENERVANTES, ESTIMULANTES O CUALQUIER DROGA ILEGAL U OTRA SUSTANCIA SIMILAR, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**
- I) **TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO-NERVIOSA, NEUROSIS Y PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS; EXCEPTO SI FUE POR CAUSA DE UN ACCIDENTE.**
- J) **PADECIMIENTOS PREEXISTENTES**
- K) **SE EXCLUYE A LAS PERSONAS QUE ESTÉN EMPLEADAS DE TIEMPO COMPLETO Y TRABAJEN BAJO UN CONTRATO POR TIEMPO INDEFINIDO PARA UNA EMPRESA QUE CUENTE CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.**

CLÁUSULA 3ª. DEFINICIONES

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

1. **Accidente cubierto**
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el Asegurado.
2. **Asegurado**
Es la persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula o certificado de la misma.
3. **Aseguradora**
Se refiere a ACE Seguros, S.A.
4. **Beneficiario**
Es la persona física o moral que recibe el pago especificado en la carátula o certificado de la Póliza; el Beneficiario puede ser el Asegurado mismo o el Contratante.
5. **Colectividad Asegurada**
Se define como Colectividad Asegurada al conjunto de personas que el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora.
6. **Contratante**
Significa la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Aseguradora y sobre la cual recae la obligación del pago de la Prima. El Contratante puede ser el Asegurado mismo.
7. **Desempleo Involuntario**
Significa que el Asegurado, dentro de la vigencia de la Póliza, haya sido despedido de su empleo por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso.

8. **Enfermedad cubierta**
Toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y sea independiente a hechos accidentales.
9. **Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad**
Se entenderá como tal la incapacidad total temporal que sufra el Asegurado por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, pero existe la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes.
10. **Padecimientos preexistentes**
Significa cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada Asegurado:
 - a) Fue de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido: o
 - b) Fue aparente a la vista; o
 - c) Fue diagnosticado previamente por un médico.
 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.
El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, 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.
De no ser procedente la reclamación del Asegurado, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.
11. **Periodo de Eliminación de Desempleo**
Se define como el periodo posterior inmediato a la pérdida del empleo, durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir el desempleo al término del periodo de eliminación en tanto se continúe con el desempleo o hasta agotar el beneficio estipulado en la carátula o certificado de la Póliza.
12. **Periodo de Eliminación de Invalidez Total Temporal por Enfermedad**
Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la enfermedad que cause la Invalidez Total Temporal del Asegurado, durante el cual no estará amparado y estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza. El pago del beneficio iniciará en caso de persistir la invalidez al término del Periodo de Eliminación de Invalidez.
13. **Periodo de Espera de Desempleo Involuntario**
Se define como el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del Seguro durante el cual el Asegurado no estará amparado y el cual estará estipulado en la carátula o certificado de la Póliza; este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del Seguro que no sea renovación inmediata y continua de un Seguro anterior.
14. **Plazo de reinstalación de la indemnización**
El plazo normal para reinstalar la indemnización durante la vigencia de la póliza será de un año pero se podrá contratar un plazo diferente a petición del contratante y/o asegurado. Si dicho plazo resulta menor a un año la prima a cobrar sufrirá un recargo, si por el contrario fuese mayor a un año la prima a cobrar será descontada.

15. Póliza
Significa el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, carátula o certificado, certificados y los endosos que sean emitidos por la Aseguradora, así como la solicitud de seguro y cuestionarios, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Asegurado y la Aseguradora.

CLÁUSULA 4ª. MONEDA

Tanto el pago de la prima como de las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en Moneda Nacional en los términos de la ley monetaria vigente en la fecha de pago.

CLÁUSULA 5ª. EDAD DEL ASEGURADO

Los límites de edad del Asegurado para la contratación de este seguro serán como mínimo dieciocho (18) años y ochenta (80) años como máximo. La edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Aseguradora, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Aseguradora efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando la Aseguradora compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Aseguradora estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

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

CLÁUSULA 6ª. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

Altas: cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en esta Póliza y que se encuentre dentro de los límites de edad establecidos podrá ser incluida llenando la solicitud correspondiente.

Certificado individual: la Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios.

Bajas: se excluirán de esta Póliza las personas que no cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en la misma o a solicitud del Contratante. Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar cubiertas desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido.

Renovación: Este seguro será renovado automáticamente por periodos iguales, salvo que cualquiera de las partes dé aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por terminado por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de 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.

Obligaciones del Contratante: El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la Aseguradora los ingresos a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva a la alta de cada Asegurado, además de pagar la prima que corresponda.
- b) Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación

- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio en el monto de las Indemnizaciones, de acuerdo con lo establecido en la carátula o certificado de la Póliza. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días después del cambio y, los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

Cancelación del seguro:

- a) **A petición del Contratante:** El seguro 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 una sola exhibición, la cancelación se hará efectiva hasta el siguiente aniversario de la Póliza.
- b) **Cancelación Automática:** Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho plazo.

CLÁUSULA 7ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Aviso: Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización de esta Póliza deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los cinco (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.

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. 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, Asegurado o Beneficiario para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Comprobación del Desempleo Involuntario: En las denuncias de Desempleo Involuntario, la Aseguradora podrá solicitar, entre otra, la información y documentación siguiente:

- a) Finiquito / liquidación
- b) Copia del contrato de la empresa con la que laboraba el Asegurado
- c) Copia de identificación oficial del Asegurado

Comprobación de la Invalidez Total Temporal por Accidente y/o

Enfermedad: En las denuncias de Invalidez Total Temporal por Accidente y/o Enfermedad, la Aseguradora podrá solicitar, entre otra, la información y documentación siguiente:

- a) Informe médico que indique el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico, redactando, en caso de accidente, el como ocurrió el accidente, así como los días de incapacidad que se van a requerir
- b) En caso de haberse atendido en el IMSS o ISSSTE, copia fiel de las incapacidades
- c) Copia del ultimo comprobante de honorarios o declaración fiscal
- d) Estudios realizados con interpretación médica
- e) Copia de identificación oficial del Asegurado

Pagos: el primer pago de la indemnización que proceda se realizará al cumplirse los Periodos de Espera y/o de Eliminación que correspondan. Los subsecuentes se pagarán de acuerdo a la periodicidad estipulada en el certificado de la Póliza.

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

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 autorizada 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.

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 tiempo. 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. 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 11ª. 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.

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

"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, bajo el registro número CNSF-S0039-0501-2007de fecha 21/11/2007"

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