

PLENITUD SEGURA

SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL 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.

CLÁUSULA 3ª EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA:

- 1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:**
 - a) **SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.**
 - b) **ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- 2. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:**
 - a) **AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.**
 - b) **PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
 - c) **CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.**
 - d) **PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, 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.

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

SEGURO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DISPOSICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1ª. BASES CONTRACTUALES

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

CLÁUSULA 2ª. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

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

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

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente, y continúa en tal estado por un período de espera de seis meses contados a partir de la fecha en que se declare médicamente la invalidez y antes de cumplir los setenta y cinco (75) años de edad, la Aseguradora pagará al Asegurado en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para esta cobertura.

CLÁUSULA 3ª EXCLUSIONES

- 1. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:**
- 2. SERVICIO MILITAR, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN O INSURRECCIÓN.**
- 3. ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**
- 4. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMO:**
- 5. AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE TRIPULANTE, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.**
- 6. PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**

7. CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.
8. PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAURAMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO, Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.
9. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.
10. 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.
11. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, INCLUYENDO PARTO, CESÁREA O ABORTO Y SUS COMPLICACIONES, SALVO QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
12. TRATAMIENTO O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
13. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, EXCEPTO LOS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.
14. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.
15. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR EN ESTADO ALCOHÓLICO O POR EL USO DE ESTIMULANTES, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
16. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

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

SEGURO INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN **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 o Enfermedad 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

1. Indemnización Diaria por Hospitalización

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 periodo del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado por un mínimo de 24 horas en un hospital a consecuencia de un Accidente o enfermedad cubierta por esta póliza.

2. Periodo de Beneficio

Por cada Accidente o Enfermedad cubierto, se establece un periodo de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, limitándose a un máximo de 730 días.

3. Hospitalizaciones Sucesivas

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Accidente o Enfermedad cubierta, separadas por intervalos menores a un año, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de 730 días. En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva de transcurridos 24 meses, independientemente de que

haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el periodo máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

4. Responsabilidad Máxima

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

CLÁUSULA 3ª 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 PSÍQUICA 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. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES QUE SON TRANSMITIDAS SEXUALMENTE.

"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-A y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedad Mutualistas de Seguros, bajo el número de registro CGEN-S0039-0225-2005 de fecha 13 de diciembre de 2005."

CLÁUSULA 4ª DEFINICIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS

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

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

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

3. Contratante

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

4. Accidente Cubierto

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

5. Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

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

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

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

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, además de lo establecido en la cláusula de Pruebas, el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

6. Beneficiario

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

7. 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.

8. Prima neta

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

9. Padecimiento Preexistente

Cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inicia la cobertura para cada asegurado.

- Fue de los que por sus síntomas no pudieron pasar desapercibidos
- Fue aparente a la vista ó
- Fue diagnosticado por un médico

10. 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.

11. Médico

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

12. 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.

13. 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.

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: 18 años cumplidos, máxima: 75 años con renovación a los 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.

3 Cancelación del Seguro

A) A petición del Contratante:

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

B) Cancelación Automática

Esta póliza se cancelará automáticamente al ocurrir el fallecimiento 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