

Términos y condiciones “Asistencia en Viajes de Volaris”

- I. Resumen de coberturas
- II. Condiciones generales
- III. Preliminares
- IV. Definiciones
- V. Servicios de asistencia
 - 1. Consulta médica telefónica
 - 2. Consulta médica a domicilio
 - 3. Referencias médicas
 - 4. Gastos de hotel por convalecencia
 - 5. Asistencia legal funeraria
 - 6. Asistencia para localización de equipaje
 - 7. Hotel por pérdida de vuelo
 - 8. Taxi por pérdida de vuelo
 - 9. Apoyo inmediato para robo de cheques de viajero y/o tarjetas de crédito
 - 10. Asistencia legal por robo al pasajero
 - 11. Servicio de consejería
 - 12. Envío de familiar
 - 13. Hotel para un familiar
 - 14. Regreso anticipado
 - 15. Repatriación de restos corporales
 - 16. Regreso anticipado por siniestro en el hogar
 - 17. Asistencia vial
 - 18. Gastos médicos por emergencia
 - 19. Asistencia médica odontológica
 - 20. Envío de medicamentos
 - 21. Transmisión de mensajes urgentes
- VI. Cláusulas generales
- VII. Exclusiones
- VIII. Anexo I. Coberturas Aseguradas

Resumen de coberturas

Servicios de Asistencia amparados	Límites	Territorio
Consulta médica telefónica	Desde la compra del vuelo	Nacional
	Desde la compra del vuelo	Internacional
Consulta médica a domicilio	Ilimitado	Nacional
	Ilimitado	Internacional
Referencias médicas	Desde la compra del vuelo	Nacional
	Desde la compra del vuelo	Internacional
Gastos de hotel por convalecencia	1,000 MXN por día (8 días)	Nacional
	100 USD por día (8 días)	Internacional
Asistencia legal funeraria	Incluido	Nacional
	Incluido	Internacional
Asistencia para localización de equipaje	Incluido	Nacional
	Incluido	Internacional
Hotel por pérdida de vuelo	3,000 MXN	Nacional
	4,500 MXN	Internacional
Taxi por pérdida de vuelo	1,000 MXN	Nacional
	1,500 MXN	Internacional
Apoyo inmediato para robo de cheques de viajero y/o tarjetas de crédito	Incluido	Nacional
	Incluido	Internacional
Asistencia por pérdida de documentos oficiales	Incluido	Nacional
	Incluido	Internacional
Asistencia legal por robo al pasajero	Incluido	Nacional
	Incluido	Internacional
Servicio de conserjería	Desde la compra del vuelo	Nacional
	Desde la compra del vuelo	Internacional
Envío de familiar en caso de Accidente o Enfermedad	1 evento, vuelo redondo	Nacional

	1 evento, vuelo redondo	Internacional
Hotel para un familiar	1,000 MXN por día (8 días)	Nacional
	100 USD por día (8 días)	Internacional
Regreso anticipado	1 evento	Nacional
	1 evento	Internacional
Repatriación de restos corporales	50,000 MXN	Nacional
	75,000 MXN	Internacional
Regreso anticipado por siniestro en el hogar	1 evento	Nacional
	1 evento	Internacional
Asistencia vial	1 evento (1,500 MXN)	Nacional
	1 evento (1,500 MXN)	Internacional
Gastos médicos por emergencia	NA	Nacional
	10,000 USD	Internacional
Asistencia médica odontológica	NA	Nacional
	200 USD	Internacional
Envío de medicamentos	NA	Nacional
	Ilimitado	Internacional
Transmisión de mensajes urgentes	Ilimitado	Nacional
	Ilimitado	Internacional

Coberturas de Seguro Amparadas	Límites	Territorio
Seguro por Muerte Accidental en transporte público	110,000 MXN	Nacional
	165,000 MXN	Internacional
Gastos funerarios	20,000 MXN	Nacional
	20,000 MXN	Internacional
Seguro de cancelación y/o interrupción de vuelo	20,000 MXN	Nacional
	30,000 MXN	Internacional

Reembolso de gastos médicos por accidentes personales	30,000 MXN	Nacional
	45,000 MXN	Internacional
Reembolso de gastos médicos por enfermedad	25,000 MXN	Nacional
	45,000 MXN	Internacional
Responsabilidad civil	50,000 MXN	Nacional
	75,000 MXN	Internacional
Indemnización por pérdida de vuelo	Incluido	Nacional
	Incluido	Internacional
Pérdida o demora de equipaje	5,000 MXN (150 MXN x kg)	Nacional
	500 USD	Internacional
Robo total de equipaje	7,500 MXN	Nacional
	500 USD	Internacional
Robo parcial de equipaje	7,500 MXN	Nacional
	500 USD	Internacional
Cancelación de vuelo imputada a la aerolínea	5,000 MXN	Nacional
	5,000 MXN	Internacional
No-show por accidente o enfermedad	5,000 MXN	Nacional
	5,000 MXN	Internacional

Condiciones generales

Contrato de Asistencia y Seguro para pasajeros en vuelos de Concesionaria Vuela Compañía de Aviación, S.A. de C.V. "VOLARIS" tanto para trayectos nacionales como internacionales.

Preliminares

AXA Assistance de aquí en adelante denominada la "Compañía" y el titular del programa de Asistencia en viaje, de aquí en adelante denominado el "Beneficiario", han convenido los servicios de Asistencia en viaje y las coberturas que aparecen contratados durante la vigencia de este producto que se especifica en la carátula del mismo. A fin de cubrir los riesgos que pueden ampararse dentro de este producto AXA Assistance ha contratado con Compañía de Seguros autorizada, a quien denominaremos la Aseguradora.

Definiciones

- 1) **Accidente Automovilístico:** Colisiones, volcaduras y todo acontecimiento que provoque daños físicos al automóvil, producido por una causa externa, violenta, fortuita y súbita.
- 2) **Accidente Personal:** Todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona física, producido por una causa externa, violenta, fortuita y súbita.
- 3) **Acto Doloso:** Es el conocimiento y voluntad de realizar un delito o un hecho punible. El dolo está integrado por dos elementos, un elemento cognitivo (conocimiento de realizar un hecho) y un elemento volitivo (voluntad de realizar un hecho); o en pocas palabras significa: "El querer realizar la acción sancionada por la ley".
- 4) **Agravación del Riesgo:** Hay agravación cuando se produce un nuevo estado de las cosas, distinto al que existía al momento de celebrarse el contrato, y que de haber sido conocido por la compañía o aseguradora, éstas no habrían aceptado el contrato sino estableciendo condiciones distintas.
- 5) **Ambiente:** El conjunto de elementos naturales y artificiales o inducidos por el hombre que hacen posible la existencia y desarrollo de los organismos vivos que interactúan en un espacio y tiempo determinados.
- 6) **Automóvil:** Vehículo motorizado de hasta 3.5 toneladas de peso que, por su estructura y condiciones mecánicas, es apto específicamente para el transporte de personas o cosas, deberá tener el permiso o placa de circulación otorgado por la autoridad correspondiente.
- 7) **Asegurado:** Persona designada en el contrato de asistencia y seguro sobre la que recaen los riesgos amparados en el mismo.
- 8) **Avería:** Todo daño, rotura, deterioro fortuito y/o descompostura que impida la circulación autónoma del automóvil, siempre y cuando no sea a consecuencia de un accidente Automovilístico ni a consecuencia del faltante de alguna pieza por robo de ésta.
- 9) **Beneficiario:** Es la persona física, poseedora de un boleto de avión de la compañía Volaris y cuente con un certificado de asistencia y seguro de viaje válido, vigente y emitido por AXA Assistance México, adquirido en la República Mexicana, Estados Unidos de América y resto de países en los que Volaris cuente con ruta activa.
- 10) **Colisión:** Es el impacto súbito e imprevisto, en un solo evento, del automóvil contra uno o más objetos externos y que como consecuencia cause daños materiales.
- 11) **Conductor:** Cualquier persona física que conduzca el automóvil, siempre y cuando tenga licencia del tipo apropiado o permiso para conducir el automóvil, expedida por autoridad competente, de acuerdo a la vía de comunicación que se esté utilizando al momento de producirse un accidente automovilístico.
- 12) **Contrato de Asistencia y Seguro:** Es el acuerdo de voluntades celebrado entre la compañía y el beneficiario, el cual está conformado por una carta de bienvenida, un certificado individual y un escrito con los términos y condiciones de la póliza.
- 13) **Deducible:** Monto fijo que aplica a los primeros gastos erogados para cada siniestro, que corre a cuenta del beneficiario y se encuentra establecido en el certificado individual de seguro. Una vez que el deducible es rebasado comienza la obligación del pago teniendo como límite la suma asegurada contratada a cargo de la aseguradora. Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.
- 14) **Emergencia médica:** Alteración repentina de la salud del beneficiario, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propician que el beneficiario requiera de atención médica inmediata.

- 15) **Empresa Transportista:** Empresa autorizada oficialmente para prestar el servicio comercial de transporte público de pasajeros con rutas establecidas y sujeto a itinerarios regulares utilizando vehículos aéreos, en este caso, Volaris.
- 16) **Enfermedad:** Cualquier alteración en la salud que se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la póliza y/o la fecha de salida en viaje.
- 17) **Equipaje:** Artículos personales del Beneficiario que son trasladados en valijas, portatrajes, bolsos, maletines y cualquier otro medio propio a ser utilizado para el transporte y manejo de dichos artículos, durante un Viaje y que haya sido registrado con una Empresa Transportista emitiendo un recibo como comprobante.
- 18) **Equipo Médico:** El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicio de Asistencia AXA Assistance hacia un beneficiario.
- 19) **Equipo Técnico:** El personal técnico y asistencial apropiado que esté gestionando los servicios de asistencia por parte de AXA Assistance hacia un beneficiario y/o su automóvil.
- 20) **Estado de ebriedad:** Se entenderá que el conductor se encuentra en estado de ebriedad cuando, de acuerdo al dictamen del médico legista o personal que realice el dictamen correspondiente presente intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su grado o intensidad.
- 21) **Familiar en 1° grado:** Referido al padre, madre, cónyugue e hijos del beneficiario menores de 21 años.
- 22) **Influencia de Drogas:** Se entenderá que el conductor se encuentra bajo la influencia de drogas, cuando, de acuerdo al dictamen realizado por el personal correspondiente, presente intoxicación por sustancias minerales, vegetales y/o químicas, cuyos efectos pueden ser de tipo estimulante, depresivo, narcótico o alucinógeno, y el beneficiario no demuestre que fueron prescritas por un médico.
- 23) **Hospital:** Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes. No se considera hospital, clínica o sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.
- 24) **Hospitalización:** Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable en conjunto con el médico de la Compañía de Asistencia y el médico tratante para la atención de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto; dicha estancia inicia 24 horas después de que el Asegurado ingresa al Hospital y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firmen él o los familiares del mismo, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.
- 25) **Hospedaje:** Acuerdo que se celebra en situaciones de Viaje y que consiste en permitir que una persona o grupo de personas cuenten con el alojamiento a cambio de una tarifa.
- 26) **Médico:** Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser médico general, médico especialista, alópata u homeópata, certificado por la autoridad competente para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El médico especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondientes, además de estar certificado por el consejo de la especialidad de que se trate.
- 27) **Ocupante:** Toda persona física que viaje en el automóvil dentro del compartimiento asignado para el transporte de personas. El número máximo de ocupantes será el estipulado en la tarjeta de circulación.
- 28) **Padecimientos Preexistentes:** Son aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:
 - a) Que sus síntomas y/o signos se hayan manifestado de manera evidente antes del inicio de vigencia del contrato de seguro.
 - b) Que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia del contrato de seguro.

- c) Que sus síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro.
- d) Que se compruebe su existencia previamente a la celebración del contrato, se haya declarado su existencia o que se compruebe, mediante un expediente clínico, 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.
- e) Que a consecuencia de ellos y previamente a la celebración del contrato, el beneficiario haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.
- 29) **Pago Directo:** Proceso mediante el cual la compañía o aseguradora realiza el pago al prestador en convenio, por la atención médica brindada a un beneficiario. En caso de que el beneficiario requiera y solicite la atención de los prestadores en convenio, podrá hacer uso de este servicio, previa autorización por escrito de la compañía o Aseguradora, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la póliza a los prestadores en convenio, quedando a cargo del beneficiario los gastos no cubiertos.
- 30) **Pago por Reembolso:** Restitución por parte de la aseguradora de los gastos cubiertos y erogados por el beneficiario, de acuerdo a lo estipulado en el contrato. El Pago por reembolso opera para aquellos gastos cubiertos por la póliza en que:
- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la aseguradora un convenio para pago directo.
 - b) La compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera prestado el servicio de pago directo.
- 31) **Pariente Cercano:** Para efectos de esta Póliza se entenderá como Pariente Cercano: madre, padre, hermano/a, esposo/a, hijo/a, abuelo/a, nieto/a, suegro/a, yerno, nuera, cuñado/a, padrastro, madrastra, hijastro/a, hermanastro/a, hijo/a adoptivo/a, tutor/a legal, pareja o prometido/a o pareja de hecho (cualquier pareja, incluso del mismo sexo, en relación de concubinato en situación de pareja).
- 32) **Pasajero:** Es la persona física que hace uso del Transporte Público, cuyo boleto o costo del pasaje haya sido pagado, quedan excluidas las personas que formen parte de la tripulación del Transporte Público.
- 33) **Póliza:** Es el documento que indica los datos generales del contratante y riesgos amparados.
- 34) **Prestadores de servicio:** Hospitales, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes con los que la Compañía ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso. Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.
- 35) **Propietario:** Es la persona física o moral que acredita la legítima propiedad del automóvil.
- 36) **Representante:** Cualquier persona, sea o no acompañante del beneficiario, que realice alguna gestión a favor del beneficiario y que esté debidamente autorizado para ello, a fin de hacer posible la prestación de los Servicios de Asistencia.
- 37) **Residencia Permanente:** El domicilio habitual de los beneficiarios en los Estados Unidos Mexicanos, EUA o resto de los países en donde Volaris tenga rutas de origen.
- 38) **Servicio de Asistencia:** Los servicios que se prestan al pasajero y a los beneficiarios.
- 39) **Siniestro:** El domicilio habitual de los beneficiarios en los Estados Unidos Mexicanos, EUA o resto de los países en donde Volaris tenga rutas de origen.

- 40) **Síntoma:** Fenómeno o anomalía fisiológica y subjetiva que manifiesta el Asegurado y que revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.
- 41) **Situación de Asistencia:** Todas las situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los mismos.
- 42) **Suma Asegurada:** Límite máximo de responsabilidad de la aseguradora por cada beneficiario y siniestro cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en este contrato de seguro. Esta suma asegurada se establece de acuerdo al paquete elegido por el beneficiario al momento de la contratación y se encuentra estipulada en el certificado individual de seguro.
- 43) **Taxi:** Es el servicio que proporciona un automóvil particular destinado al traslado del asegurado y/o los ocupantes, de conformidad con las coberturas previstas bajo las presentes condiciones generales.
- 44) **Tercero:** Se refiere a la persona que ha sido afectada en su integridad física o en sus bienes a consecuencia del siniestro que da lugar a la reclamación bajo el amparo de la cobertura de responsabilidad civil cubierta por esta póliza y que no viaja en el automóvil al momento del siniestro.
- 45) **Terrorismo:** El uso de fuerza por medios violentos, dirigida o crear temor o miedo en la población e influir con ello al sector público o parte del mismo, a efecto de obtener alguna ventaja o beneficio político.
- 46) **Transporte Público:** Servicio que se presta por medio de un vehículo marítimo o terrestre, autorizado para trasladar Pasajeros, con rutas preestablecidas y sujeto a itinerarios y horarios, así como taxis que el Pasajero aborde desde su Residencia Permanente hacia la terminal aérea, marítima o terrestre, siempre y cuando el taxi sea parte de una Empresa Transportista legalmente establecida. Tratándose de transporte aéreo se refiere a aquel servicio de transporte aéreo regular, nacional o internacional, en términos de la Ley de Aviación Civil. Quedan excluidos transportes privados, entendiéndose por estos los que no reúnan las características de los servicios detallados en los párrafos precedentes.
- 47) **Titular de la Póliza:** La persona física o moral cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza.
- 48) **Viaje:** Es la estancia del beneficiario fuera de su residencia permanente por motivo de placer o negocio, y su traslado mediante transporte aéreo de la compañía Volaris, un destino nacional o internacional de las rutas descritas por la misma compañía, y con duración de 24 hrs previas y 24 hrs después del vuelo (y el periodo intermedio en caso de que se compre un vuelo redondo al lugar de residencia inicial).

Servicios de Asistencia

- 1) **Consulta médica telefónica.** A petición del beneficiario, el equipo médico de AXA Assistance le orientará telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, o dudas con relación a la utilización de medicamentos, normalmente en situaciones cuya solución no requieren la presencia de un médico. Sin límite en el número de consultas que requiera el beneficiario desde el momento de la compra del vuelo y hasta 24 hrs después del vuelo de ida (en caso de boleto sencillo) o 24 hrs después del vuelo de regreso (en caso de boleto redondo).
- 2) **Consulta médica a domicilio.** Se otorga a criterio del Equipo Médico de Axa Assistance, normalmente en situaciones no urgentes en las que se requiere la presencia de un médico para valoración del beneficiario, gestionándose el envío de un médico general hasta su hotel o domicilio de estadía durante el viaje, siempre y cuando se cuente con éste disponible en el área requerida. Hasta por \$1,200.00 M.N. en México por evento y hasta \$600.00 USD en el extranjero por evento, sin límite de eventos por viaje.

- 3) **Referencias médicas.** Se incluye concertación de cita con un médico o en un centro hospitalario, en caso de accidente y/o enfermedad, costos a cargo del beneficiario. Sin límite en el número de consultas que requiera el beneficiario desde el momento de la compra del vuelo y hasta 24 hrs después del vuelo de ida (en caso de boleto sencillo) o 24 hrs después del vuelo de regreso (en caso de boleto redondo).
- 4) **Gastos de hotel por convalecencia.** Si el pasajero sufre un accidente y/o enfermedad que le impida la continuación del viaje durante las fechas de vuelo adquirido, y si es indicado por recomendación del médico dictaminador en acuerdo con el médico de AXA Assistance, hasta por \$1,000.00 M.N. en México por día y hasta \$100.00 USD por día en el extranjero; con un máximo de ocho días naturales consecutivos por viaje. Excedentes a cargo del beneficiario, con cobertura durante las fechas del viaje en caso de que se compre vuelo redondo o con un aviso máximo de 24 horas después del aterrizaje en caso de que se compre vuelo sencillo.
- 5) **Asistencia legal funeraria.** En caso de fallecimiento del pasajero, y a petición de un familiar en 1° grado o representante, se gestionará y dará asesoría para los trámites legales para facilitar la liberación del cuerpo.
- 6) **Asistencia para localización de equipaje.** Se gestionará la localización de dicho equipaje; en caso de que el mismo fuese recuperado, y en caso de que no sea localizado, se tendrá el derecho al reembolso por pérdida que abajo se describe en la sección de coberturas.
- 7) **Hotel por pérdida de vuelo.** Si a consecuencia de accidente automovilístico, en el vehículo que el pasajero usa para transportarse y a consecuencia de dicho accidente no puede de continuar su viaje, se gestionará hasta \$3,000.00 M.N. en México y hasta \$4,500.00 M.N. en el extranjero por día, como máximo una noche por viaje. Excedentes a cargo del beneficiario, con cobertura durante las fechas del viaje en caso de que se compre vuelo redondo o con un aviso máximo de 24 horas después del aterrizaje en caso de que se compre vuelo sencillo.
- 8) **Taxi por pérdida de vuelo.** Si a consecuencia de accidente automovilístico, en el vehículo que el pasajero usa para transportarse y a consecuencia de dicho accidente no puede de continuar su viaje, se gestionará los gastos de transporte del aeropuerto al hotel elegido y del hotel al aeropuerto para tomar el vuelo asignado por la aerolínea. Limitado a un máximo en conjunto de hasta \$1,000.00 M.N. en México y hasta \$1,500.00 M.N. en el extranjero. Excedentes a cargo del beneficiario, con cobertura durante las fechas del viaje en caso de que se compre vuelo redondo o con un aviso máximo de 24 horas después del aterrizaje en caso de que se compre vuelo sencillo.
- 9) **Apoyo inmediato para robo de cheques de viajero y/o tarjetas de crédito.** Se brindará la información para registrar, reportar y tramitar la reposición ante las empresas bancarias correspondientes. Cobertura durante las fechas del viaje. Sin límite en el número de consultas que requiera el beneficiario desde 24 hrs antes del vuelo de ida y hasta 24 hrs después del vuelo de ida (en caso de boleto sencillo) o 24 hrs después del vuelo de regreso (en caso de boleto redondo).
- 10) **Asistencia por pérdida de documentos oficiales.** Se brindará la información para registrar, reportar y tramitar la reposición ante las autoridades competentes. Cobertura durante las fechas del viaje. Sin límite en el número de consultas que requiera el beneficiario desde 24 hrs antes del vuelo de ida y hasta 24 hrs después del vuelo de ida (en caso de boleto sencillo) o 24 hrs después del vuelo de regreso (en caso de boleto redondo).
- 11) **Asistencia legal por robo al pasajero.** Se orientará al beneficiario sobre los procedimientos a seguir ante las autoridades competentes, para la denuncia y obtención de documentos oficiales ante el Ministerio Público por robo a pasajero o casa habitación, de manera presencial en México y telefónica en el extranjero. Un evento como límite, desde 24 hrs antes del vuelo de ida y hasta 24 hrs después del vuelo de ida (en caso de boleto sencillo) o 24 hrs después del vuelo de regreso (en caso de boleto redondo).
- 12) **Servicio de conserjería.** Asistencia telefónica para lo descrito, sin límite en el número de consultas que requiera el beneficiario desde el momento de la compra del vuelo y hasta 24 hrs después del vuelo de ida (en caso de boleto sencillo) o 24 hrs después del vuelo de regreso (en caso de boleto redondo).
 - a) Información previa a un viaje. A solicitud del beneficiario, se proporcionará la información referente a los requerimientos de vacunas y visas de países extranjeros a visitar.

- b) Servicio de agencia de viajes. Para la planeación de Viajes Internacionales y Nacionales.
 - c) Coordinación de la compra y entrega de regalos. Se coordinará la compra y la entrega de regalos, en las principales ciudades de la República Mexicana, y se entregará en el domicilio deseado.
 - d) Servicio ejecutivo de transporte. Se proporcionará servicio de taxi, a solicitud del beneficiario y a cargo de él, este servicio se proporcionará en las principales ciudades de la República Mexicana.
 - e) Servicio especializado de reservación de eventos y restaurantes. Para la reservación de eventos deportivos, de entretenimiento, culturales y en restaurantes.
 - f) Referencia de servicios especiales. Ante la necesidad de servicios secretariales, de intérpretes o de protección, se ofrecerá la información necesaria para obtener los mismos.
- 13) **Envío de familiar en caso de Accidente o Enfermedad.** En caso de hospitalización del beneficiario afectado (sin costo para él), y a consecuencia de accidente y/o enfermedad su internamiento se prevé superior a 5 días, como máximo un boleto ida y vuelta de avión en clase económica con origen en la Residencia Permanente del Beneficiario. Para un familiar que el pasajero designe para obtener dicho beneficio.
- 14) **Hotel para una familiar.** Adicionalmente al beneficio del punto anterior, hospedaje para dicho familiar, hasta por \$1,000.00 M.N. en México por día y hasta \$100 USD por día en el extranjero; con un máximo de ocho días naturales consecutivos por viaje. Excedentes a cargo del beneficiario.
- 15) **Regreso anticipado.** Si a consecuencia del fallecimiento de un familiar en 1° grado del beneficiario durante el viaje, se gestionará su más pronto retorno y se expedirá como máximo un boleto de avión en clase económica al lugar de origen del pasajero.
- 16) **Repatriación de restos corporales.** En caso de fallecimiento del beneficiario durante el viaje, AXA Assistance gestionará y cubrirá los gastos por los servicios de repatriación y traslado de restos mortales, así como todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de la repatriación o traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la residencia permanente del pasajero; o, a petición de un familiar en 1° grado o representante, los gastos de inhumación en el lugar del fallecimiento del beneficiario sin exceder el límite máximo de \$50,000.00 M.N. en México y \$75,000.00 M.N. en el extranjero.
- 17) **Regreso anticipado por siniestro en el hogar.** En caso de que el domicilio del beneficiario, sufra cualesquiera de los siguientes eventos: (incendio, terremoto inundación), La Compañía gestionará el regreso del titular a su lugar de residencia, el límite máximo de responsabilidad de este beneficio es cubrir el costo de un boleto de regreso en clase económica.
- 18) **Asistencia vial.** En caso de pérdida de la circulación autónoma del automóvil, a consecuencia de falta de gasolina, falla mecánica, paso de corriente o ponchadura de llanta, se gestionará el envío de personal especializado para solucionar las eventualidades mencionadas o se enviará una grúa para trasladar el automóvil al lugar donde se los puedan solucionar, hasta un máximo de un evento por viaje. Y como máximo hasta \$1,500.00 M.N. en México y Estados Unidos de América, sin embargo; los costos de gasolina, aceites, reparación de la(s) llanta(s) y cualquier otro diferente al de la grúa o del personal especializado, serán a cargo del beneficiario.
- 19) **Gastos médicos por emergencia.** Por accidente y/o enfermedad, hasta \$10,000 USD por viaje; incluye concertación de cita con un médico o en un centro hospitalario. Excedentes a cargo del beneficiario. Cobertura únicamente en viajes fuera del territorio mexicano.
- 20) **Asistencia médica odontológica.** Servicios odontológicos de urgencia, hasta \$200 USD por viaje; incluye concertación de cita con un dentista. La cantidad que exceda a los \$200 USD. Excedentes serán a cargo del beneficiario. Cobertura únicamente en viajes fuera del territorio mexicano.
- 21) **Envío de medicamentos.** Si durante un Viaje y a solicitud del Beneficiario, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia de acuerdo con el Médico tratante validan que el Beneficiario tiene la necesidad de utilizar un medicamento con el que no cuenta en ese momento y sea imposible su adquisición en el lugar donde se encuentra el Beneficiario, se gestionará el envío de una cantidad suficiente de medicamento al lugar donde se encuentre. El costo

del medicamento será a cargo del propio Beneficiario. Este servicio quedará sujeto a disponibilidad, existencia y restricciones sanitarias del país donde se encuentre el Beneficiario.

- 22) **Transmisión de mensajes urgentes.** Derivados de cualesquiera de los beneficios citados en esta cotización. Sin límite en la asistencia.

Cláusulas Generales

- 1) **Cobertura del Contrato de Asistencia.** La vigencia de este contrato de asistencia y seguro principia y termina 24 hrs antes y después de la fecha del viaje exceptuando los beneficios que se tengan considerados desde el momento de la compra del mismo.
- 2) **Suma Asegurada.** Para cada cobertura contratada, las sumas aseguradas que se establecen en el certificado individual constituyen únicamente la responsabilidad máxima de la compañía. Aplicará para cada una de las coberturas indicadas en el presente contrato, por beneficiario, por el periodo de beneficio y no será reinstalable.
- 3) **Comunicaciones.** Cualquier comunicación o notificación que el beneficiario requiera efectuar en relación con el presente contrato, deberá entregarse por escrito en el domicilio de la compañía señalada en el certificado individual o a través de cualquier medio de comunicación autorizado por la compañía.
- 4) **Zona de Cobertura (Territorialidad).** Para efectos de este contrato, solamente estarán protegidos los beneficiarios que vivan permanentemente en la República Mexicana, EUA, Guatemala, Costa Rica, Puerto Rico o algún país de ruta de origen de Volaris que se aperture en el periodo próximo. La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar el viaje al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.
- 5) **Restricción de Cobertura.** La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ninguna reclamación o el pago de algún beneficio derivado de esta póliza, cuando ello implique a la compañía alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico legal, establecida en resoluciones emitidas por las Naciones Unidas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América, o bien, por encontrarse en listas o resoluciones restrictivas, emitidas por organismos internacionales.
- 6) **Moneda.** Todos los valores del contrato incluyendo suma asegurada estarán denominados en la moneda especificada en la carátula del contrato de seguro, sin embargo, todos los pagos convenidos que se deriven de éste se efectuarán en moneda nacional conforme al artículo 8 de la Ley Monetaria, a la fecha de pago.
- 7) **Edad.** La edad de aceptación para la contratación será desde el primer día de nacido y hasta los 80 (ochenta) años.
- 8) **Siniestros.** Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este seguro, el beneficiario, sus representantes o apoderados tendrán la obligación de reportarlo a la compañía a la brevedad posible, por escrito, correo electrónico o vía telefónica y confirmarlo por escrito, dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a partir del momento en que se tenga conocimiento del hecho. Esta comunicación sólo será válida cuando la compañía le asigne un número de siniestro. La falta oportuna de este aviso podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiera importado el siniestro, si la compañía hubiera tenido pronto aviso sobre el mismo, salvo 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.
- 9) **Impuestos.** Los pagos que realice la compañía a sus beneficiarios estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

En caso de incumplimiento de alguna de las prestaciones descritas en este documento el titular podrá acudir ante la Procuraduría Federal del Consumidor por lo que respecta a los Servicios de Asistencia y ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por lo que respecta a los riesgos asegurados.

Exclusiones

Queda entendido y convenido que este contrato de asistencia en ningún caso ampara:

1. Gastos médicos y hospitalarios que deriven de enfermedades que le impidan viajar al beneficiario y que fueron diagnosticadas previamente por un médico, es decir, padecimientos preexistente, tampoco se cubre invalidez total y permanente a causa de estos padecimientos.
2. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, enfermedad mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como el tratamiento de trastornos de la conducta y/o el aprendizaje, estimulación temprana, así como rehabilitación y/o estimulación de audición y lenguaje.
3. Complicaciones por embarazos cuya gestación se encuentre dentro de los últimos tres meses antes de la fecha probable del parto, así como el parto, puerperio, óbito, exámenes prenatales y tratamiento con células madre.
4. Tratamientos por enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción, farmacodependencia, alcoholismo así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
5. Procedimientos o tratamientos de carácter estético, cosmetológico o plástico o para la calvicie. Tratamientos dietéticos, de obesidad y de anorexia y bulimia, así como sus complicaciones. Procedimientos o tratamientos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo la cirugía bariátrica para tratamiento de diabetes y para reflujo. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por enfermedades o accidentes cuyos gastos estén cubiertos. Tratamiento para osteoporosis y osteopenia, salvo que el beneficiario haya sufrido una fractura o se encuentre sometido bajo tratamiento con esteroides sistémicos. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.
6. Tratamientos experimentales y sus complicaciones, que no estén legalmente autorizados en el lugar donde se encuentre el Beneficiario.
7. Tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados por médicos sin cédula profesional, acupunturistas, naturistas y vegetarianos. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico de los médicos que traten accidente, enfermedad o padecimiento distinto a la especialidad que tenga legalmente registrada. Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo beneficiario o su familiar en línea recta.
8. Tratamiento o cirugía, incluyendo exámenes exploratorios, que no estén directamente relacionados con el accidente o enfermedad ocurrida durante el viaje y que hizo necesaria la hospitalización del beneficiario.
9. Tratamientos o servicios proporcionados por cualquier institución que no esté legalmente autorizada para la prestación de servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos.

10. Cualquier tipo de tratamiento médico o cirugía que en opinión del médico tratante no sea considerado una urgencia médica.
11. Gastos en los que incurra el beneficiario como consecuencia de una enfermedad cuando el beneficiario no haya sido vacunado en la forma recomendada y/o no haya tomado el medicamento recomendado.
12. La invalidez total y permanente, si el beneficiario es capaz o puede ser capaz de desempeñarse en un empleo u ocupación remunerada aun cuando ésta sea diversa a la que el beneficiario venía desarrollando con anterioridad a la lesión física sufrida.
13. Los gastos necesarios para obtener o reponer medicamento que se sabía, desde antes o en el momento preciso del inicio del viaje, sería necesario utilizar o continuar utilizando fuera de la residencia permanente, salvo lo especificado anteriormente.
14. Enfermedades por las que el beneficiario inicia un viaje con el propósito de obtener cualquier tipo de tratamiento médico, hospitalización o consulta médica fuera de su residencia permanente.
15. Complicaciones de las enfermedades por las que el beneficiario no está cumpliendo el tratamiento médico indicado o tomando la medicación prescrita por el médico tratante.
16. Reposición y compostura total o parcial de prótesis, implantes, injertos o aparatos ortopédicos. Así como la compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, bortones y cualquier adición ortopédica al zapato, aparatos auditivos e implantes cocleares.
17. Lesiones que el beneficiario sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una empresa transportista legalmente establecida y concesionada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor.
18. Lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.
19. Lesiones que el Beneficiario sufra por la práctica de deportes de invierno ya sea como práctica amateur o profesional, tales como: ski stunting (esquí aéreo), esquí en estilo libre, esquí nórdico, hockey sobre hielo, bobbing, tobogganing, heliskiing (esquí en helicóptero), acrobacia en esquí, ski flying (vuelo en esquí), ski jumping (salto en esquí), ski alpino, glacier skiing (esquí en glaciares), snowcat skiing, karting en la nieve o el uso de trineos bobsleighs, trineos ligeros o trineos esqueleto y esquí sobre nieve.
20. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos:
 - a) Fórmulas lácteas, suplementos y complementos alimenticios, multivitamínicos, cosméticos y dermatológicos.
 - b) Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
 - c) Medicamentos de acción de terapia celular.
 - d) Medicamentos que no tengan relación con el accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.
 - e) Fórmulas naturistas.
 - f) Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.
 - g) Gastos por medicamentos que no se encuentren registrados bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado.
21. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario que no supere el monto mínimo de reclamación.
22. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones que el beneficiario sufra cuando participe en huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil,

insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, ataque radioactivo o cualquier otra causa de fuerza mayor.

23. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones autoinfligidas, intento de suicidio o participación del beneficiario en actos criminales aun cuando se hayan cometido en estado de enajenación mental.
24. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones que el beneficiario sufra por la participación voluntaria en experimentos.
25. Cualquier gasto a consecuencia de la participación del beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
26. Cualquier gasto a consecuencia de la muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el beneficiario con dolo o mala fe.
27. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del beneficiario o por actos delictivos en que participe directamente el beneficiario o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar, aun cuando hayan sido prescritos por un médico.
28. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Beneficiario sea el donante. Tampoco los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el beneficiario.
29. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.
30. Cualquier gasto derivado de acciones realizadas por el beneficiario con dolo o mala fe.
31. Obligaciones funcionales como miembro de las fuerzas armadas.
32. Viajes a un país o zona o evento específico al que un organismo de gobierno en su país de residencia o la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya recomendado no viajar o que se encuentre oficialmente bajo bloqueo o embargo por parte de las Naciones Unidas.
33. Gastos legales en que incurra el beneficiario al presentar reclamaciones contra una empresa transportista, el agente de viajes o del grupo de vacaciones o el operador turístico que organice cualquier viaje, la compañía, la compañía de asistencia e incluso cualquiera de sus empresas clientes en todo el mundo, independientemente de la ubicación de dichas empresas.
34. Cualquier tipo de gasto en que incurra el beneficiario como consecuencia del cierre de una empresa transportista, por quiebra o suspensión de pagos.
35. Cualquier tipo de gasto en que incurra el beneficiario como consecuencia de algún impedimento para el uso de los servicios contratados para el viaje imputable a la empresa prestadora de los mismos.
36. Cualquier gasto o daño directa o indirectamente provocados por ondas de presión causadas por una aeronave u otro dispositivo aéreo que viaje a velocidades por debajo de la velocidad del sonido o supersónicas.
37. Cualquier gasto o daño directa o indirectamente derivado de radiación ionizante o contaminación por radioactividad a partir de combustible nuclear o proveniente de cualquier desecho nuclear, de la combustión de combustible nuclear, las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras propiedades peligrosas del montaje nuclear o de un componente nuclear de tal montaje.
38. Cualquier daño o gasto que resulte de emprender o practicar durante el viaje, trabajo que implique instalación, montaje, mantenimiento, reparación o utilización de instalaciones eléctricas, mecánicas o hidráulicas o equipo peligroso.

- 39. Cualquier daño o gasto que resulte del uso de vehículos motorizados.
- 40. En caso de haberse contratado esta asistencia y seguro estando el beneficiario en viaje fuera de su residencia permanente, no se cubrirá ningún siniestro que llegara a ocurrir en dicho viaje.
- 41. Cualquier gasto o daño en el que incurra el beneficiario terminado su viaje.
- 42. Cualquier gasto o daño que no esté expresamente citado anteriormente en las condiciones generales.

Anexo I.

Seguro de protección en viajes Condiciones generales

Contenido

Daño	3
Para efecto de la cobertura de Robo Parcial, se entenderá por aquel que tiene su origen o causa en factores o agentes externos al bien Asegurado, provocado por hechos súbitos, accidentales e imprevistos, los cuales no formen parte de las exclusiones.	3
1.MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO.	6
2.GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL O ENFERMEDAD PARA MENORES DE 12 AÑOS.	6
3.REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CUBIERTO.	7
4.REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD CUBIERTA.	8
Se consideran los siguientes gastos médicos cubiertos:	8
Exclusiones aplicables a las coberturas de reembolso de gastos médicos por accidente y por enfermedad cubierta	9
c.Servicios a acompañantes o por gestión administrativa.	9
5.INTERRUPCIÓN O CANCELACIÓN DE VUELO POR EL ASEGURADO	10
10.Responsabilidad Civil	15
IV. Riesgos, Bienes, Daños y Gastos No Amparados	17
8.Terminación del Contrato.....	21
En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante:	22

I. Definiciones.

Siempre que se utilice con la primera letra en mayúscula y en negrita en este **Contrato de Seguro**, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte del **Asegurado**. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un **Accidente**, su tratamiento **médico** o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo **Siniestro**.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado, así como aquellos casos en donde la primera atención y el primer gasto médico se realiza después de los primeros 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento que les dio origen.

Accidente cubierto

Se considerará como tal aquel que ocurra mientras que el **Asegurado** se encuentre de **Viaje**.

Asegurado

Persona(s) designada(s) en el **Certificado individual del seguro** y que tienen derechos y obligaciones respecto al presente **Contrato de Seguro** y corresponde a la persona física identificada como usuario del boleto de avión adquirido con concesionaria Vuela Compañía de aviación, S.A. de C.V.. (Volaris), siempre que haya adquirido este seguro.

Beneficiario

Es la persona en cuyo favor se encuentra constituido el derecho de cobro del seguro para la cobertura de Muerte Accidental. En caso de no designar Beneficiarios, el importe de los derechos indemnizatorios se pagará al cónyuge o concubina(o) e hijos en partes iguales o los padres del **Asegurado** en igual proporción.

Caso fortuito

Cualquier acontecimiento proveniente de la naturaleza y ajeno a la voluntad del hombre, de fuerza, magnitud o impacto tal que es imposible de resistir; tales como rayo, erupción volcánica, terremoto, caída de meteoritos, huracán, vientos tempestuosos, inundación, maremoto, tsunami u otros fenómenos de la naturaleza.

Certificado individual de seguro

Documento que forma parte del **Contrato de Seguro** en el cual se indican, entre otros: los datos del **Contratante** y del(los) **Asegurado(s)**; las coberturas de seguro contratadas; las **Suma(s) Asegurada(s)**; los **Deducible(s)**; y la vigencia del seguro.

Colectividad asegurable

Conjunto de personas que mantienen un vínculo común lícito por su calidad de usuarios de Volaris previo e independiente a la celebración del **Contrato de Seguro** y que han dado su consentimiento para pertenecer a la **Colectividad asegurada**.

Colectividad asegurada.

La integran las personas que, perteneciendo a la **Colectividad asegurable**, cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por la **Compañía** y cuyos nombres aparecen en el **Certificado individual de seguro**.

Compañía o Aseguradora

AXA Seguros, S.A. de C.V.

Consentimiento

Es la manifestación de la voluntad para ser **Asegurado**, que hace la persona física usuaria del boleto de avión adquirido con Volaris mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo los medios de identificación y aceptación). El uso de los medios de identificación y aceptación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y

de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás aplicables del Código Civil Federal. Dicho consentimiento consta en el comprobante de reservación de su viaje con Volaris.

Contratante

Persona moral que ha solicitado la celebración del **Contrato de Seguro** para sí o para terceras personas y que se obliga a efectuar el pago de las primas.

Contrato de Seguro o Póliza

Acuerdo de voluntades celebrado entre la **Compañía** y el **Contratante**, el cual está conformado por:

- a) **Certificado individual de seguro y Carátula de Póliza**
- b) Condiciones generales
- c) **Endosos**
- d) Cualquier otra información proporcionada por el **Contratante** para la celebración de este contrato.

Daño

Para efecto de la cobertura de Robo Parcial, se entenderá por aquel que tiene su origen o causa en factores o agentes externos al bien Asegurado, provocado por hechos súbitos, accidentales e imprevistos, los cuales no formen parte de las exclusiones.

Deducible

Monto fijo que aplica a los primeros gastos erogados para cada **Siniestro**, que corre a cuenta del **Asegurado** y se encuentra establecido en el **Certificado Individual de Seguro**. Una vez que el **Deducible** es rebasado comienza la obligación del pago a cargo de la compañía, hasta por la **Suma Asegurada** contratada.

Este concepto no es reembolsable y tampoco compensable.

Endoso

Convenio escrito que, por acuerdo entre el **Contratante** y la **Compañía**, modifica las condiciones del **Contrato de Seguro** y forma parte de éste. Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, en el estado fisiológico del organismo y que amerite tratamiento **médico** o quirúrgico de forma inmediata.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio tratamiento **médico** o quirúrgico así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar se considerarán como una misma **Enfermedad o Padecimiento**.

Enfermedad cubierta

Aquella enfermedad que se manifieste mientras que el **Asegurado** se encuentre de **Viaje**.

Enfermero

Persona dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de tal actividad.

Equipaje

Artículos personales del **Asegurado** que son trasladados en valijas, porta-trajes, bolsos, maletines y cualquier otro medio propio a ser utilizado para el transporte y manejo de dichos artículos, durante un **Viaje** y que haya sido registrado con **Volaris** emitiendo un recibo como comprobante.

Extravío

Para efectos de la cobertura de "Robo Total, Pérdida de Equipaje", es la desaparición del **Equipaje** personal del **Asegurado** por parte de **Volaris** a consecuencia del descuido que tuvo durante el tiempo en que lo tuvo en custodia.

Familiar de primer grado

Se referirá al padre, madre, cónyuge o concubina(o) e hijos del asegurado.

Hospital, Clínica o Sanatorio

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de los servicios **médicos**, Hospitalarios o quirúrgicos de pacientes.

No se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente justificada y comprobable para la atención de un **Accidente, Enfermedad o Padecimiento** cubierto; dicha estancia inicia en el momento en que el **Asegurado** ingresa al Hospital y concluye con el alta que otorgue el **Médico** tratante, o con la carta responsiva que firmen él, los familiares o el **Médico** que, en tal caso, serán responsables del paciente **Asegurado**.

Médico

Profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, que puede ser **Médico** general, **Médico** especialista, alópata u homeópata, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos **médicos** correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El **Médico** especialista, adicionalmente, deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondientes, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

El **Médico** será elegido libremente por el **Asegurado** y/o sus familiares, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

Padecimientos preexistentes

Son aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- Que sus síntomas y/o signos se hayan manifestado de manera evidente antes del inicio de vigencia del **Contrato de Seguro**.
- Que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia del **Contrato de Seguro**.
- Que sus síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia del **Contrato de Seguro**.
- Que se compruebe su existencia previamente a la celebración del contrato, se haya declarado su existencia o que se compruebe, mediante un expediente clínico, 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.
- Que a consecuencia de ellos y previamente a la celebración del contrato, el **Asegurado** o el haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la **Enfermedad o Padecimiento** de que se trate.

Pasajero

Es la persona física que hace uso de **Volaris**, cuyo boleto o costo del pasaje haya sido pagado, quedan excluidas las personas que formen parte de la tripulación del **Transporte público**.

Reembolso

Restitución por parte de la **Compañía** de los gastos cubiertos y erogados por el **Asegurado**, de acuerdo a lo estipulado en el **Contrato de Seguro**.

Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del **Asegurado** que realice gestión alguna a favor del **Asegurado** y que esté debidamente autorizado para ello.

Robo

Para efectos de la cobertura de "Robo Total o Parcial de Equipaje", es el apoderamiento de una cosa mueble propiedad del **Asegurado**, sin derecho y sin consentimiento de la persona que puede disponer de ella con arreglo a la ley, utilizando la fuerza física o psicológica o por aprovechamiento de las circunstancias y sin coacción o violencia.

Siniestro

Ocurrencia de la eventualidad prevista en el **Contrato de Seguro**.

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la **Compañía** por cada **Asegurado** y por cada **Viaje** cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en este **Contrato de Seguro**. Esta **Suma Asegurada** se encuentra estipulada en el **Certificado Individual de Seguro**.

Terrorismo

Actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades de violencia física o moral o la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciar y/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.

Transporte público

Servicio que se presta por medio de un vehículo aéreo, marítimo o terrestre, autorizado para trasladar **Pasajeros**, con rutas preestablecidas y sujeto a itinerarios y horarios, con boleto pagado.

Quedan excluidos transportes privados, entendiéndose por estos los que no reúnan las características de los servicios detallados en el párrafo precedente.

Viaje

Traslado en avión en la aerolínea **Volaris**, ya sea en vuelo sencillo o redondo, desde y/o hacia un lugar distinto al domicilio del asegurado, así como la estancia de éste en dicho lugar. **Se excluyen viajes para recibir asistencia o tratamiento médico de cualquier clase.**

Vuela Compañía de aviación, S.A. de C.V. (Volaris)

Empresa autorizada oficialmente para prestar el servicio comercial de **Transporte** de **Pasajeros** con rutas establecidas y sujeto a itinerarios regulares utilizando vehículos terrestres o aéreos.

II. Objeto del seguro.

El objeto del presente **Contrato de Seguro** es resarcir los gastos procedentes y erogados a consecuencia de un **Accidente, Enfermedad, Padecimiento**, daño o pérdida cubierta y ocurrida durante un **Viaje**, teniendo como límite la **Suma Asegurada** contratada y estipulada en el **Certificado Individual de Seguro**. La cobertura de Cancelación de **Viaje** aplica en cualquier momento de la vigencia del **Contrato de Seguro** y antes de iniciar el **Viaje**.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a los límites y condiciones estipulados en este **Contrato de Seguro**, considerando que éste se encuentre vigente y al corriente en el pago de la prima o bien cumpla con lo estipulado en las cláusulas de Periodo de Gracia o Periodo de Beneficio.

III. Coberturas.

Este **Contrato de Seguro** consta de coberturas que se especifican en el **Certificado Individual de Seguro** y estarán sujetos a las limitaciones estipuladas.

1. MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO.

Si el **Asegurado** sufre un **Accidente Cubierto** mientras se encuentre de viaje y abordo, en calidad de pasajero, de cualquier transporte público, que le cause la muerte instantánea o fallezca a consecuencia del mismo dentro de los siguientes 90 (noventa) días naturales a la fecha del mismo, la **Compañía** pagará la **Suma Asegurada** pactada para esta cobertura que se encuentra especificada en el **Certificado individual de seguro** a los beneficiarios designados, o en su defecto se pagará a los beneficiarios del **Asegurado**.

En el caso de vuelo sencillo, el **Asegurado** estará cubierto a partir de la hora de salida de su vuelo y mientras permanezca de viaje o hasta 72 (setenta y dos) horas siguientes a la hora de salida de su vuelo, lo que suceda primero.

En el caso de vuelo redondo, el **Asegurado** estará cubierto a partir de la hora de salida del vuelo de ida y hasta la hora en que descienda del avión de su vuelo de regreso, salvo que el viaje dure más de 30 (treinta) días, caso en el cual la cobertura terminará el trigésimo día siguiente al de su vuelo de ida, a la hora de salida de dicho vuelo.

La edad mínima de admisión para esta cobertura es de 12 (doce) años.

Se entiende como beneficiario para efectos de ésta cobertura denominada **Muerte Accidental en Transporte Público**, al cónyuge o concubina(o) del **Asegurado**, en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, sus padres por partes iguales.

2. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL O ENFERMEDAD PARA MENORES DE 12 AÑOS.

Si el **Asegurado** sufre un **Accidente o Enfermedad Cubierto** durante su **Viaje** que le cause la muerte instantánea o fallezca a consecuencia del mismo dentro de los siguientes 90 (noventa) días naturales a la fecha del mismo, la **Compañía** pagará a los **Beneficiarios**, la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura no podrá ser mayor al equivalente a 60 (sesenta) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) a la fecha de celebración del **Contrato de Seguro** y se encuentra especificada en el **Certificado individual de seguro**.

La edad máxima de admisión para esta cobertura es de 12 (doce) años.

Los gastos erogados deberán ser sustentados con la presentación de la(s) factura(s), comprobante(s) y/o recibos correspondientes.

En el caso de vuelo sencillo, el **Asegurado** estará cubierto a partir de la hora de salida de su vuelo y mientras permanezca de viaje o hasta 72 (setenta y dos) horas siguientes a la hora de salida de su vuelo, lo que suceda primero.

En el caso de vuelo redondo, el **Asegurado** estará cubierto a partir de la hora de salida del vuelo de ida y hasta la hora en que descienda del avión de su vuelo de regreso, salvo que el viaje dure más de 30 (treinta) días, caso en el cual la cobertura terminará el trigésimo día siguiente al de su vuelo de ida, a la hora de salida de dicho vuelo.

Se entiende como beneficiario en primer lugar para efectos de esta cobertura, a la persona que acredite haber hecho los gastos funerarios derivados del fallecimiento del asegurado menor de 12 (doce) años.

Si el monto total de gastos efectuados fuese mayor al importe de la suma asegurada, la responsabilidad de la compañía se

limitará hasta el monto de la suma asegurada de esta cobertura.

Si el importe total de los gastos funerarios resultara menor al importe de la **Suma Asegurada** de esta cobertura, la compañía se limitará a pagar el total de los gastos efectuados por este concepto.

Exclusiones aplicables para las coberturas de Muerte Accidental en Transporte Público y/o Gastos Funerarios por Muerte Accidental o Enfermedad para Menores de 12 Años, estas coberturas no surtirán efecto en aquellos casos en que la muerte del asegurado sobrevenga como consecuencia de:

- a) Suicidio.
- b) Homicidio.
- c) Un Accidente sufrido por actos delictuosos en que participe el Asegurado directamente.
- d) Riñas, siempre que el Asegurado sea el provocador.
- e) Accidentes que ocurran en cualquier clase de servicio militar, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución o manifestaciones en las que participe el asegurado.
- f) Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.
- g) Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritos por un Médico o usados en forma distinta a su prescripción.
- h) Accidentes acaecidos al Asegurado cuando participe directamente en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
- i) Envenenamiento o intoxicación de cualquier origen o naturaleza, excepto que resulten de un Accidente.
- j) Enfermedades pre-existentes.
- k) Epidemias.
- l) Enfermedad cuyo Viaje haya sido programado para su tratamiento.

3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CUBIERTO.

Quedan cubiertos los gastos erogados dentro de la República Mexicana por tratamientos o procedimientos que sean médicamente necesarios a consecuencia de un **Accidente** cubierto, estos deberán ser prescritos por un **Médico** y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

Para efectos de esta cobertura se cubrirán los gastos correspondientes, siempre y cuando la atención médica se inicie dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del **Accidente** cubierto y el monto total de los gastos sea superior al **Deducible** contratado.

En el caso de vuelo sencillo, el **Asegurado** estará cubierto a partir de la hora de salida de su vuelo y mientras permanezca de viaje o hasta 72 (setenta y dos) horas siguientes a la hora de salida de su vuelo, lo que suceda primero.

En el caso de vuelo redondo, el **Asegurado** estará cubierto 24 (veinticuatro) horas antes de la hora de salida del vuelo de ida y hasta 24 (veinticuatro) horas después de la hora de salida de su vuelo de regreso, salvo que el viaje dure más de 19 (diecinueve) días, caso en el cual la cobertura terminará el décimo noveno día siguiente al de su vuelo de ida, a la hora de salida de dicho vuelo.

Límite de responsabilidad

La responsabilidad de la **Compañía** por cada **Accidente**, en ningún caso excederá de la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura.

Los gastos que resulten de prótesis dental o cualquier otra clase de tratamiento de ortodoncia a consecuencia de un **Accidente** cubierto se pagarán hasta un límite de 15% (quince por ciento) de la **Suma Asegurada** para esta cobertura.

4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD CUBIERTA.

Quedan cubiertos los gastos médicos erogados dentro de la República Mexicana por tratamientos o procedimientos que sean médicamente necesarios a consecuencia de una **Enfermedad** cubierta, estos deberán ser prescritos por un **Médico** y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad. La compañía pagará hasta el importe de la suma asegurada para esta cobertura establecido en el **Certificado Individual de Seguro**.

En el caso de vuelo sencillo, el asegurado estará cubierto 24 (veinticuatro) horas antes de la hora de salida de su vuelo y mientras permanezca de viaje o hasta 19 (diecinueve) días siguientes a la hora de salida de su vuelo, lo que suceda primero.

En el caso de vuelo redondo, el asegurado estará cubierto 24 (veinticuatro) horas antes de la hora de salida del vuelo de ida y hasta 24 (veinticuatro) horas después de la hora de salida de su vuelo de regreso, salvo que el viaje dure más de 19 (diecinueve) días, caso en el cual la cobertura terminará el décimo noveno día siguiente al de su vuelo de ida, a la hora de salida de dicho vuelo.

Se consideran los siguientes gastos médicos cubiertos:

1. Se cubrirán los honorarios derivados de las atenciones prestadas por un **Médico** al **Asegurado** por:
 - I. Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica
 - II. Honorarios Médicos con intervención quirúrgica
2. Hospitalización. estos se conforman por el costo de un cuarto privado estándar, con baño, así como los medicamentos y alimentos proporcionados al asegurado dentro de un hospital.
3. El uso de sala de operaciones, recuperación o de curaciones.
4. Honorarios de **Enfermeros**, prescritos por el **Médico** tratante, con un máximo de 3 (tres) turnos por día. en caso de contratarse fuera de un **Hospital** se pagará por un máximo de 30 (treinta) días, con un máximo de 8 (ocho) horas por turno.

Quedan excluidos los honorarios de Enfermero intrahospitalario cuando su servicio no haya sido previamente autorizado por la Compañía.

5. Medicamentos adquiridos fuera del **Hospital**, siempre que sean prescritos por los **Médicos** tratantes y se acompañe el comprobante de pago original de la farmacia con la receta correspondiente.
6. Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía o cualquiera otros indispensables para el diagnóstico y/o tratamiento de un **Accidente o Enfermedad** cubiertos.
7. Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
8. Consumo de oxígeno.
9. Renta de aparatos ortopédicos, siempre que sean prescritos por alguno de los **Médicos** tratantes.
10. Tratamientos de radio-terapia, fisio-terapia o inhaloterapia, siempre que sean prescritos por alguno de los **Médicos** tratantes.
11. Compra de prótesis dentales, como consecuencia de un **Accidente** cubierto, prescrita por alguno de los **Médicos** tratantes, quedará cubierta hasta un máximo del 10% de la **Suma Asegurada** contratada.

Queda excluida la reposición de prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad.
12. Transporte terrestre proporcionado por servicios profesionales de ambulancia, hacia o desde un **Hospital**.
13. Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por quiroprácticos, siempre y cuando estos sean prescritos por alguno de los **Médicos** tratantes, dichos quiroprácticos deben encontrarse legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.
14. Cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante la internación de este en un **Hospital**.

Exclusiones aplicables a las coberturas de reembolso de gastos médicos por accidente y por enfermedad cubierta

No se cubren los gastos resultantes de los siguientes conceptos:

- a. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.
- b. Gastos realizados a consecuencia de cualquier Accidente y/o Enfermedad no cubiertos.

- c. Servicios a acompañantes o por gestión administrativa.
- d. Gastos de padecimientos menores tales como: resfriados comunes, dolores de cabeza, en general cualquier padecimiento que no presente prescripción médica autorizada por la Compañía y médico tratante especificado la imposibilidad para viajar o que no requiera un tratamiento mayor debido a las complicaciones del mismo.
- e. Consultas y tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilo faciales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, salvo aquellos que sean consecuencia de un Accidente cubierto.
- f. Embarazo, parto, cesárea y puerperio.
- g. Aborto y legrado, cualquiera que sea su causa.
- h. Trastornos de la conducta, el lenguaje y el aprendizaje.
- i. Trastornos del sueño, síndrome de fatiga crónica, roncopatías, uvulopalatoplastías.
- j. Trastornos de enajenación mental consideradas Todas aquellas catalogadas en el DSM IV. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría cuya primera edición fue publicada en 1952.
- k. Tratamientos o intervenciones quirúrgicos para curar la esterilidad, infertilidad, impotencia y/o disfunción sexual, o para el control de natalidad, así como cualquiera de sus complicaciones.
- l. Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.
- m. Aparatos auditivos.
- n. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubiertos.
- o. Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos que prevengan y/o corrijan problemas de calvicie, obesidad, reducción de peso, tabaquismo y/o alcoholismo.
- p. Tratamientos experimentales o de investigación.
- q. Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.
- r. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
- s. Tratamientos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de la columna vertebral.
- t. Radiaciones atómicas o ionizantes.
- u. Consultas y tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y sus complicaciones.
- v. Hernias y eventraciones, excepto si fueran por causa de un Accidente cubierto.
- w. Cualquier complicación y/o secuela derivada de algún Accidente o Enfermedad no cubiertos o de aquellas exclusiones mencionadas en esta póliza.

- x. Los tratamientos realizados en establecimientos no considerados como hospital.
- y. Accidentes derivados de prácticas deportivas en competencias.

5. INTERRUPCIÓN O CANCELACIÓN DE VUELO POR EL ASEGURADO

Interrupción de viaje

La **Compañía** pagará al **Asegurado** hasta el límite de **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura, si se ve obligado, a juicio de un **Médico**, a interrumpir su **Viaje**, a consecuencia de algún **Accidente** cubierto que ponga en peligro la vida, un órgano o una función de él o de un **Familiar de Primer Grado**, o por el fallecimiento de alguno de ellos.

La interrupción del **Viaje** deberá presentarse a partir de la hora de salida del vuelo de ida y hasta antes de la hora de salida de su vuelo de regreso, salvo que el viaje dure más de 30 (treinta) días, caso en el cual la cobertura terminará el trigésimo día siguiente al de su vuelo de ida, a la hora de salida de dicho vuelo.

La indemnización corresponderá a la diferencia que deba de pagar el **Asegurado** por cambio de boleto o de boleto no utilizado para regresar de su viaje al lugar de destino original, debiendo el **Asegurado** comprobar la situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida.

La indemnización que efectúe la **Compañía** por cada interrupción de viaje, en ningún caso excederá **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura.

Cancelación de viaje

La **Compañía** pagará al **Asegurado** hasta el límite de **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura, si dentro de las 24 (veinticuatro) horas previas a la hora de salida de su vuelo, el **Asegurado** se ve impedido para realizar el viaje, a consecuencia de su fallecimiento o el de un familiar de primer grado, o porque un **Médico** recomiende por escrito la cancelación del viaje, debido a la gravedad del **Asegurado** y/o **Familiar de Primer Grado** derivada de un **Accidente** cubierto.

La indemnización corresponderá a los gastos de **Viaje** no utilizados para el **Viaje**, debiendo el **Asegurado** o sus **Beneficiarios** comprobar la situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida.

La indemnización que efectúe la **Compañía** por cada cancelación de **Viaje**, en ningún caso excederá **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se entiende como **Beneficiarios** del **Asegurado** a sus **Familiares en Primer Grado**.

Exclusiones para las Coberturas de Interrupción o Cancelación de Viaje.

Estas coberturas no surtirán efecto en aquellos casos en que la interrupción o cancelación sea a consecuencia de; y aplican tanto al **Asegurado** como a sus familiares directos:

- a) Cualquier tratamiento programado con anticipación relacionado con **Padecimientos Preexistentes**, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada **Asegurado**.
- b) Tratamiento estético, una cura, una contraindicación de **Viaje** o de vacunación, la imposibilidad de seguir hacia en destinos el tratamiento médico preventivo aconsejado.
- c) Enfermedades **Preexistentes** del **Asegurado** o sus familiares que hayan sido objeto de tratamiento médico en los 25 días previos a la contratación de la póliza.
- d) Embarazo, parto y/o sus complicaciones.
- e) Epidemias.

- f) Tratamientos odontológicos no urgentes.
- g) Rehabilitación de carácter médico.
- h) Mala fe del Asegurado.
- i) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
- j) Terrorismo, motín o tumulto popular.
- k) Actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
- l) Emergencias radioactivas o nucleares.
- m) Lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del Viaje.
- n) Muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.
- o) La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- p) Accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas pruebas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- q) Trastornos de enajenación mental consideradas Todas aquellas catalogadas en el DSM IV. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría cuya primera edición fue publicada en 1952.
- r) Accidentes derivados de prácticas deportivas en competencias.

6. CANCELACIÓN DE VUELO IMPUTADA A VOLARIS

La **Compañía** pagará al **Asegurado** hasta el límite de **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura por los gastos de **Viaje** y alojamiento irre recuperables que el **Asegurado** haya pagado, si su vuelo fuera necesariamente cancelado debido a huelga, protesta laboral, falla mecánica o técnica en el avión programado para efectuar el vuelo.

Esta cobertura solo operará en aquellos casos en los que el aviso de cancelación se dé con 24 hrs. de anticipación al horario del vuelo programado.

Para los casos de cancelación de vuelo el **Asegurado** estará cubierto a partir de la compra de su boleto.

Exclusiones para la Coberturas de Cancelación de vuelo imputada a Volaris.

Esta cobertura no surtirán efecto en aquellos casos donde:

- a) El **Asegurado** no cuente con la confirmación por escrito de Volaris donde se establezca el motivo de la cancelación del vuelo.
- b) El **Asegurado** no haya podido registrarse según su itinerario original.
- c) El **Asegurado** haya realizado la reservación y/o compra de su vuelo regular o haya adquirido su seguro durante las fechas donde se hubiere anunciado públicamente o

estuviere en curso alguna huelga o medidas de protesta laboral o retraso del control de tráfico aéreo o condiciones climáticas adversas.

- d) El retiro del servicio (ya sea temporalmente o no) de un avión por recomendación de la autoridad aeronáutica o cualquier organismo similar en cualquier país a menos que sea a consecuencia de una huelga, protesta laboral, condiciones climáticas adversas, avería mecánica o falla o defecto técnico en cuyo caso si está cubierto el cierre de vuelo.
- e) Cancelación de vuelo por condiciones climáticas adversas

7. Pérdida de vuelo con boleto no reembolsable

La **Compañía** pagará al **Asegurado** hasta el límite de **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura si dentro de las dos horas siguientes a la hora de salida original, el **Asegurado** se ve impedido, a juicio de un **Médico**, para realizar el **Viaje** a consecuencia de algún **Accidente** o **Enfermedad** cubiertos en la fecha prevista para realizar el viaje.

La indemnización corresponderá a los gastos de **Viaje** contratados, pagados y no reembolsables por **Volaris**, debiendo el **Asegurado** comprobar tal situación mediante la factura correspondiente que le hubiere sido expedida.

La indemnización que efectúe la **Compañía** por cada pérdida de vuelo, en ningún caso excederá **Suma Asegurada** especificada en el **Certificado Individual del Seguro** para esta cobertura.

Esta cobertura tiene vigencia desde la fecha de contratación del seguro y finaliza en el momento del inicio del **Viaje**.

La **Compañía** deberá ser notificada en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia de la muerte y/o accidente, vencido este plazo, la **Compañía** no se responsabilizará por multas adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

Exclusiones para las Coberturas de Pérdida de vuelo con boleto no reembolsable.

Esta cobertura no surtirán efecto en aquellos casos en que la **Pérdida** sea a consecuencia de; y aplican tanto al **Asegurado** como a sus familiares directos:

- a) Cualquier tratamiento programado con anticipación relacionado con padecimientos preexistentes, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada **Asegurado**.
- b) Tratamiento estético, una cura, una contraindicación de **Viaje** o de vacunación, la imposibilidad de seguir hacia en destinos el tratamiento médico preventivo aconsejado.
- c) Enfermedades Preexistentes del **Asegurado** o sus familiares que hayan sido objeto de tratamiento médico en los 25 días previos a la contratación de la póliza.
- d) Embarazo, parto y/o sus complicaciones.
- e) Epidemias.
- f) Tratamientos odontológicos no urgentes.
- g) Rehabilitación de carácter médico.
- h) Mala fe del **Asegurado**.
- i) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
- j) Terrorismo, motín o tumulto popular.
- k) Actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
- l) Emergencias radioactivas o nucleares.

- m) Lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.
- n) Muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.
- o) Accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas pruebas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- p) Trastornos de enajenación mental consideradas Todas aquellas catalogadas en el DSM IV. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría cuya primera edición fue publicada en 1952.
- q) Accidentes derivados de prácticas deportivas en competencias.

8. Demora de Equipaje Documentado y Robo y Extravío Totales de Equipaje Documentado

Demora de equipaje.

Con límite en la **Suma Asegurada** establecida en el **Certificado Individual de Seguro**, la **Compañía** reembolsará al **Asegurado**, los gastos incurridos por la compra razonable de artículos de primera necesidad (ropa, calzado y artículos de higiene personal) y de uso personal hasta que su equipaje documentado llegue a su destino, como consecuencia de retraso o desvío de más de 12 horas por parte de **Volaris**.

Para que esta cobertura surta efectos, el equipaje debió ser documentado por el **Asegurado** en el mismo vuelo en el que el **Asegurado** viajaba y debe ser reportado como retrasado ante Volaris.

Para hacer la reclamación es necesario que el asegurado presente los documentos de las facturas o notas de compra con los requisitos fiscales que correspondan, mismo que deberá tener desglosados los artículos comprados, así como el documento expedido por Volaris que ampare la demora del equipaje documentado.

No se considera demora de equipaje la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.

Robo o extravío totales de equipaje

1. Con límite en la **Suma Asegurada** establecida en el **Certificado Individual de Seguro**, la **Compañía** indemnizará al **Asegurado**, si su equipaje documentado es robado o extraviado mientras esté bajo custodia de Volaris.

El Asegurado deberá de presentar por escrito, la confirmación de la aerolínea sobre el robo o extravío total del equipaje estando en su posesión, así como el comprobante del peso total del equipaje registrado. Lo anterior, una vez terminado el periodo de espera de la búsqueda del equipaje por parte de la misma línea transportista.

El pago se realizará de forma complementaria a lo indemnizado por **Volaris** y a razón de \$150 pesos por kilogramo documentado. La indemnización será complementaria al pago realizado por la cobertura de demora de equipaje en caso de haber sido utilizada.

No se considera robo de equipaje la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.

Exclusiones para la Cobertura Demora de Equipaje Documentado y Robo y Extravío Totales de Equipaje Documentado.

- a) Pérdidas o robos parciales de cualquier tipo.

- b) Pérdidas totales o parciales que resulten de expropiación por cualquier gobierno o aduanas
- c) Daños a cámaras fotográficas o de video, materiales e instrumentos de trabajo, instrumentos musicales, radios y bienes similares, objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no documentado en aerolínea.

9. Robo parcial de equipaje (saqueo de contenido en la maleta)

Con límite en la **Suma Asegurada** establecida en el **Certificado Individual de Seguro**, la **Compañía** indemnizará al **Asegurado**, la pérdida o robo de sus objetos personales contenidos en su equipaje documentado mientras esté bajo custodia de Volaris.

El Asegurado deberá de presentar la confirmación de la aerolínea sobre el saqueo o Robo parcial del contenido del equipaje estando en su custodia, así como los comprobantes de existencia de los artículos extraídos.

Para que esta cobertura surta efectos, el equipaje debió ser documentado por el **Asegurado** en el mismo vuelo en el que el **Asegurado** viajaba.

No se considera pérdida, robo o daño accidental la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.

El pago se realizará de forma complementaria a lo indemnizado por **Volaris** y la **Compañía** descontará, por cada artículo, los siguientes montos como consecuencia del uso y desgaste:

Año	
Hasta 1 año	15% del precio de compra
Hasta 2 años	30% del precio de compra
Hasta 3 años	50% del precio de compra
Hasta 4 años	70% del precio de compra
Hasta 5 años	80% del precio de compra

La indemnización máxima por artículo será de \$ 1,500 pesos, en caso de que el **Asegurado** no presente recibo o comprobante original de compra.

Exclusiones

- a. Cualquier reclamación en caso de que el Asegurado no haya informado al transportista o a sus agentes sobre el incidente y no haya obtenido un informe oficial o un informe de irregularidad de propiedad.
- b. Pérdida, robo o daño que surja del retraso, detención, retención o confiscación por parte de la aduana o cualquier otra autoridad.
- c. Daño causado por filtraciones de polvo, líquido u otra sustancia transportada dentro del equipaje documentado.
- d. Rotura de artículos frágiles, excepto que haya sido causado por incendio u otro Accidente del vehículo en el cual son transportados.
- e. Reclamaciones que surjan del robo de carritos de bebé, sillas de ruedas, bicicletas a pedal, vehículos motorizados, equipos de navegación satelital, equipamiento marino,

equipos para buceo, embarcaciones, tablas de surf, tablas de windsurf, o sus accesorios, o artículos deportivos.

f. Robo de cualquier objeto enviado como carga o con un certificado de embarque

10. Responsabilidad Civil

La **Compañía** se obliga a pagar teniendo como límite la **Suma Asegurada** contratada para esta cobertura y que se encuentra especificada en el **Certificado Individual de Seguro** por los daños, perjuicios y el daño moral consecuencial, que el **Asegurado** cause a terceros y por los que éste deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente, por hechos u omisiones no dolosos ocurridos durante el **Viaje** que causen la muerte o menoscabo de la salud de dichos terceros, o el deterioro o la destrucción de los bienes propiedad de los mismos, según las cláusulas y especificaciones pactadas en este **Contrato de Seguro**.

a) Alcance de esta cobertura.

- i. Esta **póliza** ha sido contratada conforme a las leyes mexicanas y para cubrir daños que ocurran en México o en el extranjero por lo que la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil será la vigente en el país donde ocurrió el daño.
- ii. El límite máximo de responsabilidad para la **Compañía**, por uno o todos los **Siniestros** que puedan ocurrir durante la vigencia del **Contrato de Seguro**, es la **Suma Asegurada** indicada en el **Certificado Individual de Seguro**.
- iii. La ocurrencia, de varios daños durante la vigencia del **Contrato de Seguro**, procedentes de la misma o igual causa, será considerada como un solo **Siniestro**, el cual, a su vez, se tendrá como realizado en el momento que se produzca el primer daño de la serie.
- iv. Esta **Póliza** cubre la responsabilidad materia de este seguro, por daños causados durante la vigencia del presente **Contrato** siempre y cuando, las reclamaciones de terceras personas sean presentadas, originalmente, por primera vez y por escrito dentro del período de vigencia del **Contrato de Seguro** o a más tardar dentro de los 2 (dos) años siguientes a su terminación.

b) Condiciones particulares de esta cobertura.

- i. El **Asegurado** deberá notificar a la **Compañía** de inmediato sobre cualquier incidente que pudiere originar una reclamación.
- ii. El **Asegurado** deberá hacer llegar toda carta, orden judicial, citación y trámite tan pronto como los reciba.
- iii. El **Asegurado** no deberá aceptar: ninguna responsabilidad, obligación de pago, ni ofrecer pago alguno, ni prometer pagar, ni negociar ninguna reclamación sin el consentimiento de la **Compañía** por escrito.
- iv. En el caso de fallecimiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista un **Siniestro** en trámite, cubierto por este contrato, su sucesión contará con la protección de esta cobertura y se sujetará a los términos y condiciones de la misma para el **Asegurado** original.

Exclusiones particulares de esta cobertura.

- a) Responsabilidades derivadas de cualquier actividad profesional del Asegurado, tales como, comercio, industria, empleo o el suministro de cualquier bien o servicio.**
- b) Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos terrestres de motor.**
- c) Responsabilidades derivadas de cualquier Enfermedad o virus contagioso.**
- d) Daños ocasionados por el Asegurado a bienes de su propiedad.**
- e) Daños a bienes propiedad de familiares por consanguineidad o afinidad sin importar el grado de parentesco.**
- f) Responsabilidades derivadas de daños ocasionados por dolo o mala fe del Asegurado o culpa grave de la víctima.**
- g) Multas, penas y daños punitivos o ejemplares.**
- h) Responsabilidades derivadas cuando el Asegurado se encuentra bajo la influencia de narcóticos que no sean prescritos por un médico, enervantes o alcohol.**

- i) Responsabilidades del Asegurado cuando haya originado o contribuido a la intoxicación de la persona que directamente cause el daño o ésta sufra un daño.
- j) La indemnización o los costos de honorarios de abogados que surgieren directa o indirectamente de la responsabilidad que el Asegurado hubiere asumido mediante acuerdo sin previo consentimiento de la Compañía.
- k) Daños por participación en apuestas, carreras, concursos o competencias deportivas de cualquier clase o de sus pruebas preparatorias.
- l) Cualquier clase de perjuicio o daño moral que no provenga o no sea consecuencia de daño físico.
- m) Responsabilidades por daños ocasionados por guerra u otros actos bélicos, rebelión, motines, huelgas o daños que se originen por disposición de autoridad de derecho o de hecho.
- n) Por cualquier reconocimiento de adeudo, transacción, convenio u otro acto jurídico que implique reconocimiento de responsabilidad del Asegurado, concertado sin consentimiento de la propia Compañía.

IV. Riesgos, Bienes, Daños y Gastos No Amparados

A) Queda entendido y convenido que este Contrato de Seguro en ningún caso ampara:

- 1. Gastos médicos y Hospitalarios que deriven de enfermedades que le impidan viajar al Asegurado y que fueron diagnosticadas previamente por un Médico, es decir, Padecimientos preexistentes.
- 2. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, enfermedad mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como el tratamiento de trastornos de la conducta y/o el aprendizaje, estimulación temprana, así como rehabilitación y/o estimulación de audición y lenguaje.
- 3. Complicaciones por embarazos cuya gestación se encuentre dentro de los últimos tres meses antes de la fecha probable del parto, así como el parto, puerperio, óbito, exámenes prenatales y tratamiento con células madre.
- 4. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de toxicomanía, drogadicción, farmacodependiente, alcoholismo así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
- 5. Procedimientos o tratamientos de carácter estético, cosmetológico o plástico o para la calvicie. Tratamientos dietéticos, de obesidad y de anorexia y bulimia, así como sus complicaciones. Procedimientos o tratamientos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo la cirugía bariátrica para tratamiento de diabetes y para reflujo. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos. Tratamiento para osteoporosis y osteopenia, salvo que el Asegurado haya sufrido una fractura o se encuentre sometido bajo tratamiento con esteroides

sistémicos. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.

6. Tratamientos experimentales y sus complicaciones, que no estén legalmente autorizados en el lugar donde se encuentre el Asegurado.
7. Tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados por Médicos sin cedula profesional, acupunturistas, naturistas y vegetarianos. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico de los Médicos que traten Accidente, Enfermedad o Padecimiento distinto a la especialidad que tenga legalmente registrada. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o su familiar en línea recta.
8. Tratamiento o cirugía, incluyendo exámenes exploratorios, que no estén directamente relacionados con el Accidente o Enfermedad ocurrida durante el Viaje y que hizo necesaria la Hospitalización del Asegurado.
9. Tratamientos o servicios proporcionados por cualquier institución que no esté legalmente autorizada para la prestación de servicios médicos, Hospitalarios o quirúrgicos.
10. Cualquier tipo de tratamiento médico o cirugía que en opinión del Médico tratante no sea considerado una Urgencia médica.
11. Gastos en los que incurra el Asegurado como consecuencia de una Enfermedad cuando el Asegurado no haya sido vacunado en la forma recomendada y/o no haya tomado el medicamento recomendado.
12. Los gastos necesarios para obtener o reponer medicamento que se sabía, desde antes o en el momento preciso del inicio del Viaje, sería necesario utilizar o continuar utilizando fuera de la Residencia permanente, salvo lo especificado en el apartado IV. Servicios de Asistencia, inciso 11. Envío de Medicamentos.
13. Enfermedades por la que el Asegurado inicia un Viaje con el propósito de obtener cualquier tipo de tratamiento médico, Hospitalización o consulta médica fuera de su Residencia permanente.
14. Complicaciones de las Enfermedades por las que el Asegurado no está cumpliendo el tratamiento médico indicado o tomando la medicación prescrita por el Médico tratante.
15. Reposición y compostura total o parcial de prótesis, implantes, injertos o aparatos ortopédicos. Así como la compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras y cualquier adición ortopédica al zapato, aparatos auditivos e implantes cocleares.
16. Lesiones que el Asegurado sufra cuando Viaje como piloto, Pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una Empresa Transportista legalmente establecida y concesionada, para el servicio regular de Pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultra ligeros con y sin motor.
17. Lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.
18. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica de deportes de invierno ya sea como práctica amateur o profesional, tales como: *skistunting* (esquí aéreo), esquí en estilo libre, esquí nórdico, *hockey* sobre hielo, *bobbing*, *tobogganing*, *heliskiing* (esquí en helicóptero), acrobacia en esquí, *skiflying* (vuelo en esquí), *ski jumping* (salto en esquí),

ski alpino, glacierskiing (esquí en glaciares), *snowcatskiing*, *karting* en la nieve o el uso de trineos *bobsleighs*, trineos ligeros o trineos esqueleto y esquí sobre nieve.

19. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos:

- a. Fórmulas lácteas, suplementos y complementos alimenticios, multivitamínicos, cosméticos y dermatológicos.
- b. Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
- c. Medicamentos de acción de terapia celular.
- d. Medicamentos que no tengan relación con el Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- e. Fórmulas naturistas.
- f. Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica, salvo lo expresamente excluido.
- g. Gastos por medicamentos que no se encuentren registrados bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado.

20. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u Hospitalario que no supere el deducible.

21. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones que el Asegurado sufra cuando participe en huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de Terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, ataque radioactivo o cualquier otra causa de fuerza mayor.

22. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o participación del Asegurado en actos criminales aun cuando se hayan cometido en el estado de enajenación mental.

23. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones que el Asegurado sufra por la participación voluntaria en experimentos.

24. Cualquier gasto a consecuencia de la participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

25. Cualquier gasto a consecuencia de la muerte o lesiones originadas, de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.

26. Cualquier gasto a consecuencia de lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictivos en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar, aun cuando hayan sido prescritos por un médico.

27. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante. Tampoco los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.

28. Cuando el Asegurado no se quiera presentar ante la autoridad competente.

29. Obligaciones funcionales como miembro de las fuerzas armadas.

30. Gastos legales en que incurra el Asegurado al presentar reclamaciones contra Volaris, el agente de Viajes o del grupo de vacaciones o el operador turístico que organice cualquier Viaje, la Compañía e incluso cualquiera de sus empresas clientes en todo el mundo, independientemente de la ubicación de dichas empresas.

31. Cualquier tipo de gasto en que incurra el Asegurado como consecuencia del cierre de Volaris, por quiebra o suspensión de pagos.
32. Cualquier tipo de gasto en que incurra el Asegurado como consecuencia de algún impedimento para el uso de los servicios contratados para el Viaje imputable a la empresa prestadora de los mismos.
33. Cualquier gasto o daño provocados por ondas de presión causadas por una aeronave u otro dispositivo aéreo que Viaje a velocidades por debajo de la velocidad del sonido o supersónicas.
34. Cualquier gasto o daño derivado de radiación ionizante o contaminación por radioactividad a partir de combustible nuclear o proveniente de cualquier desecho nuclear, de la combustión de combustible nuclear, las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras propiedades peligrosas del montaje nuclear o de un componente nuclear de tal montaje.
35. Cualquier gasto o daño en el que incurra el Asegurado terminado su Viaje.
36. Cualquier gasto o daño que no esté expresamente citado en la sección III. Coberturas, de las presentes condiciones generales.

V. Cláusulas Generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

La vigencia de este **Contrato de Seguro** principia y termina en las fechas indicadas en el **Certificado individual de seguro** a las 12:00 horas del lugar donde se lleve a cabo la contratación.

- a) Los **Asegurados** inscritos en el **Certificado individual de seguro**, quedarán cubiertos de acuerdo a los términos y condiciones de este **Contrato de Seguro**, a partir de la fecha de inicio del **Viaje**.
- b) La cobertura de **Cancelación de Vuelo** surtirá efecto al momento de compra del vuelo siempre y cuando se encuentre dentro del inicio de cobertura del Contrato.

2. Suma Asegurada

Para cada cobertura contratada, las sumas aseguradas se establecen en el **Certificado Individual de Seguro** y constituyen únicamente la Responsabilidad Máxima de la **Compañía**. Aplicará para cada una de las coberturas indicadas en el presente **Contrato**, por **Asegurado**, por el periodo de beneficio y no será reinstalable.

3. Periodo de Pago de Beneficio para la cobertura de Reembolso Gastos Médicos por Accidente y Enfermedad Cubierta

La **Compañía** pagará los gastos por cada **Enfermedad** y/o **Accidente** cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del **Asegurado**, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a) Cuando el monto de los gastos cubiertos en este Contrato, haya rebasado la **Suma Asegurada** estipulada en la carátula de la póliza
- b) El monto de los gastos incurridos durante el **Viaje** y hasta por 5 días naturales posteriores al término del mismo
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la **Enfermedad** o **Accidente** que haya afectado al **Asegurado**.
- d) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

4. Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la **Carátula de la Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Contratante** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de vigencia del **Contrato de Seguro**. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones del **Certificado Individual de Seguro** o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el **Contratante** y la **Compañía** que consten por escrito mediante los **Endosos** registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la **Compañía** carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al **Contrato de Seguro** y sus **Endosos**.

5. Comunicaciones

Cualquier comunicación o notificación, que el **Contratante** y/o **Asegurado** requiera efectuar en relación con el presente seguro, deberá entregarse por escrito en el domicilio de la **Compañía** señalada en el **Certificado Individual de Seguro** o a través de cualquier medio de comunicación autorizado por la **Compañía**.

El **Asegurado** deberá notificar a la **Compañía** cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia del seguro. Las comunicaciones o notificaciones que la **Compañía** haga al **Contratante** y/o **Asegurado** surtirán sus efectos siempre que se dirijan al domicilio correspondiente al mismo, mencionado en el **Certificado Individual de Seguro** o en el **Endoso** correspondiente en caso de notificación.

6. Prima y período de gracia

El pago de **Prima** podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, según establezca la **Carátula de Póliza**. Únicamente para el pago de la prima del primer recibo, el **Asegurado** dispondrá de un periodo de gracia de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia del **Contrato de Seguro** para efectuar el pago de la prima correspondiente, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor. En caso de pago fraccionado, para los recibos subsecuentes al primero, el **Asegurado** deberá efectuar el pago de prima dentro de los 3 (tres) días naturales subsecuentes al inicio de vigencia de cada recibo. Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este **Contrato de Seguro** cesarán automáticamente.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del cliente o el comprobante de pago del banco emisor.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el **Asegurado** no ha cubierto el total de la prima o de la parcialidad pactada.

En caso de **Siniestro** dentro del periodo de gracia, la **Compañía** podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

7. Cancelación del Contrato

Este contrato podrá cesar en sus efectos o resolverse en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Si el **Contratante** no realiza el pago de la prima respectiva dentro del plazo convenido.
- b) Para planes con temporalidad anual, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente, mediante notificación por escrito. Cuando el **Contratante** lo dé por terminado, la **Compañía** tendrá derecho al cobro del 50% de la prima total cuando la cancelación se realice dentro de los primeros 6 (seis) meses de vigencia.

8. Terminación del Contrato

Este **Contrato** podrá cesar en sus efectos o resolverse por mutuo consentimiento en caso que:

- El **Contratante** decide dar por terminado el **Contrato de Seguro**. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de vigencia de la Póliza, la **Compañía** devolverá 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia durante este período. En caso contrario se devolverá el total de la prima pagada siempre y cuando no exista un siniestro abierto.

9. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia del **Contrato de Seguro**, el **Contratante** y/o **Asegurado** podrá solicitar por escrito a la **Compañía** que 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 de Seguro**. La **Compañía** proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

10. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, el término de la prescripción se suspende al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

11. Restricción de Cobertura

La **Compañía** no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ninguna reclamación o el pago de algún beneficio derivado de esta **Póliza**, cuando ello implique a la **Compañía** alguna sanción, prohibición o restricción de tipo económico o legal, establecida en resoluciones emitidas por las Naciones Unidas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América, o bien, por encontrarse en listas o resoluciones restrictivas, emitidas por organismos internacionales.

12. Moneda

Todos los pagos en el **Contrato de Seguro** deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8° de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

13. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante:

- a) La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.
- b) El Protector del Asegurado AXA, sujeto a los términos y condiciones de su operación. Términos y Condiciones en www.elprotectoraxa.com.mx.
- c) 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, 65 y 68, 70, 71 y 72 bis 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.

Las reclamaciones por riesgos cubiertos bajo el presente contrato deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En

todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención a Clientes de AXA Seguros (UNE):

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 737 76 63 (opción 1)

En el Distrito Federal: 5169 2746 (opción 1)

Dirección: Insurgentes Sur 3900, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 1400, en la Ventanilla Integral de atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: www.axa.mx/Personas/ServicioAXA/centrosatencion

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Registro electrónico de comentarios: axa.mx/Personas/ServicioAXA/Contactanos/Paginas/Quejas.aspx

CONDUSEF

Teléfonos:

En el territorio nacional: 01 800 999 8080

En el Distrito Federal: (55) 53 40 0999

Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, México, D.F., C.P. 03100.

Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver:

www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atencion

Registro electrónico de comentarios:

asesoria@condusef.gob.mx

14. Siniestros

Al ocurrir algún **Siniestro** que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este seguro, el **Asegurado**, o apoderados tendrán la obligación de reportarlo a la **Compañía** a la brevedad posible, por escrito, correo electrónico o vía telefónica y confirmarlo por escrito, dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a partir del momento en que se tenga conocimiento del hecho. Esta comunicación sólo será válida cuando la **Compañía** le asigne un número de **Siniestro**.

La falta oportuna de este aviso podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiera importado el **Siniestro**, si la **Compañía** hubiera tenido pronto aviso sobre el mismo, salvo 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.

La **Compañía** quedará liberada de todas las obligaciones del Contrato si el **Asegurado**, sus **representantes** o apoderados retrasan el aviso con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del **Siniestro**.

Cuando la **Compañía** reciba notificación del **Siniestro** tendrá el derecho de inspeccionar el daño, en caso de requerirlo.

El aviso oportuno y la información que el **Asegurado** o sus **representantes** proporcionen a la **Compañía**, así como la ayuda que la **Compañía** preste al **Asegurado** para la determinación del daño o la pérdida, en ningún momento se interpretarán como la aceptación de la responsabilidad por parte de la **Compañía**.

15. Documentos, Datos e Informes a Entregar a la Compañía en Caso de Siniestro

El **Asegurado** está obligado a comprobar la exactitud de su reclamación y de cuantos asuntos estén consignados en la misma. La **Compañía** tendrá el derecho de exigir del **Asegurado** o del **Beneficiario** toda clase de informes sobre los hechos relacionados con el **Siniestro** y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Para agilizar el trámite de su **Siniestro**, el **Asegurado** deberá entregar a la **Compañía**, los documentos y datos requeridos específicamente de acuerdo con su reclamación.

16. Indemnización por mora

En caso de que la **Compañía**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pago dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la **Compañía** haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al **Asegurado** o **Beneficiario** un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

17. Otros Seguros

El **Asegurado** tiene la obligación de dar aviso por escrito a la **Compañía** cuando tenga conocimiento de la existencia de otro u otros seguros que se haya contratado antes o durante la vigencia de este seguro sobre el mismo interés, cuya vigencia se empalme con la del presente seguro, ya sea cubriendo todo o parte de los mismos bienes y riesgos. El **Asegurado** indicará el nombre de las instituciones de seguros y las **sumas aseguradas**.

Los **Contratos de Seguro**, de que trata esta cláusula, celebrados de buena fe en la misma o diferente fecha, serán válidos y obligarán a cada una de las instituciones de seguros en forma proporcional a las sumas respectivamente aseguradas, hasta el valor íntegro del daño sufrido y dentro de los límites de las sumas que hayan asegurado.

En caso de que la **Compañía** pague el valor íntegro del daño sufrido y dentro de los límites de la suma asegurada, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas.

Si el **Asegurado** omite intencionalmente el aviso del que trata esta cláusula, o si contrata diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la **Compañía** quedará liberada de sus obligaciones.

18. Indemnización

En caso de **Siniestro** la **Compañía** aplicará el **Deducible** fijado en el **Certificado individual de seguro**.

Salvo pacto en contrario, la **Compañía** hará el pago de la indemnización en el lugar y forma que señale, en el curso de los 30(treinta) días naturales siguientes a la fecha en que las partes hayan firmado el convenio de ajuste, previo a haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

En todos los casos en los cuales se incluya el impuesto al valor agregado (IVA), la indemnización comprenderá dicho impuesto. **Cualquier otro impuesto o gravamen se encuentra excluido.**

19. Subrogación de Derechos

La **Compañía** se subrogará hasta la cantidad pagada contra terceros en todos los derechos y acciones que por causa del daño sufrido correspondan al **Asegurado**.

La **Compañía** podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del **Asegurado**. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el **Asegurado** y la **Compañía** concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el **Asegurado** tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien, si es civilmente responsable de la misma.

20. Impuestos

Los pagos que realice la **Compañía** a sus **Asegurados** o **Beneficiarios** estarán sujetos a la retención de impuestos de acuerdo con los procedimientos y tasas impositivas establecidas en las disposiciones vigentes en materia fiscal al momento de realizar los pagos.

21. Contratación Vía Telefónica o por Conducto de un Prestador de Servicios

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 214 de la Ley de Seguros y de Fianzas y capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, La **Compañía** y el **Asegurado** convienen en utilizar para la contratación del presente seguro, la llamada telefónica que será grabada con fines de calidad en el servicio o bien, con la intervención del Prestador de Servicios, contratación que cuenta con mecanismos de identificación y seguridad necesarios para emitir el seguro solicitado.

El uso de la llamada telefónica o la intervención en la contratación por un Prestador de Servicios para la contratación del Seguro, se registrará de conformidad con los siguientes lineamientos:

- a) El **Asegurado** obtendrá del interlocutor, la información general de este producto.
- b) El **Asegurado** deberá responder en forma afirmativa la pregunta sobre su interés en obtener el Seguro ofertado.
- c) La **Compañía**, le hará saber al **Asegurado** de manera fehaciente y a través del mismo medio su aceptación a cubrir el riesgo. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la **Compañía** proporcionará al **Asegurado** el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.

d) La **Compañía** realizará una pregunta precisa sobre la intención del **Asegurado** de renovar en forma automática el Seguro solicitado.

e) La **Compañía** proporcionará al **Asegurado** los datos necesarios para la identificación y operación del seguro contratado, incluyendo las características esenciales del Seguro, los datos de contacto para la atención de **Siniestros** y los datos de contacto de la Unidad Especializada de la **Compañía** para la atención de quejas y reclamaciones.

f) En cualquier momento, el **Asegurado** podrá consultar en la página electrónica indicada en el **Certificado individual de seguro**, las condiciones generales del Seguro y obtener copia de las mismas.

g) Una vez realizada la contratación del Seguro, la **Compañía** enviará al **Asegurado** a través del correo electrónico o al domicilio proporcionado por éste, el **Certificado individual de seguro**, las condiciones generales aplicables y cualquier otra documentación con la que deba contar el **Asegurado**. La **Compañía** se obliga a enviar la documentación antes mencionada dentro de un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del Seguro.

h) El **Asegurado** también podrá acudir a las oficinas de la **Compañía** a solicitar la documentación contractual del Seguro contratado.

i) En caso que el **Asegurado** desee solicitar la cancelación de su Seguro, podrá hacerlo al teléfono indicado en el **Certificado individual de seguro** en donde se le indicará el procedimiento a seguir y proporcionará un número de folio de cancelación. También podrá realizarlo mediante escrito libre presentado directamente en la Unidad Especializada de la **Compañía**. Una vez recibida la solicitud de cancelación, la **Compañía** procederá a cancelar el Seguro.

Al solicitar vía telefónica el Seguro, el **Asegurado** y/o **Contratante** acepta(n) y reconoce(n) su responsabilidad sobre las respuestas y datos que proporcione a la **Compañía**.

La **Compañía** no se hace responsable por: (a) la información errónea o incompleta proporcionada por el **Asegurado**; (b) **Caso fortuito**; (c) fuerza mayor.

Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del Seguro, tales como documentos escritos, grabaciones en medios magnéticos y archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia del Seguro, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La **Compañía**, garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el **Asegurado**, a través de la llamada telefónica o de los que sean proporcionados directamente al Prestador de Servicios, para la contratación del Seguro. Asimismo, la **Compañía** manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del **Asegurado** a la institución bancaria que maneje la cuenta de la tarjeta de crédito o débito proporcionada por el **Asegurado** para el pago de la prima del Seguro.

En caso que la persona que efectúe la solicitud no sea el **Asegurado**, el **Asegurado** acepta como suyas todas las declaraciones y manifestaciones efectuadas a la **Compañía** por quien realizó la solicitud.

22. Contratación a Través de Medios Electrónicos (internet)

De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 214 de la Ley de Seguros y de Fianzas y el Capítulo 20.5 de la Circular Única de Seguros, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la **Compañía** y el **Asegurado** convienen en utilizar para la contratación del presente seguro, la página electrónica de la **Compañía**, la cual cuenta con los mecanismos de identificación y seguridad necesarios para permitir al **Asegurado** emitir el seguro.

El uso de la página electrónica de la **Compañía** para la celebración del **Contrato de Seguro**, se regirá de conformidad con los siguientes lineamientos:

1. El **Asegurado** obtendrá una cotización previa y la información general de este **Contrato de Seguro**.
2. El **Asegurado** podrá solicitar la contratación del Seguro, para lo cual deberá ingresar en los campos que para tal efecto aparezcan en la página electrónica de la **Compañía**, sus datos personales, los datos del **Asegurado**, así como, la información necesaria para la celebración del **Contrato de Seguro**, la aceptación del **Asegurado** y/o **Contratante** para renovar en forma automática la **Póliza** y los datos de su tarjeta de débito, crédito o cuenta de cheques con la que efectuará el pago de la prima.
3. La **Compañía**, le hará saber al **Asegurado**, de manera fehaciente y a través de los medios electrónicos utilizados para remitir la solicitud de contratación, si acepto o no el riesgo a ser cubierto. En caso de aceptación del riesgo propuesto, la **Compañía** proporcionará al **Asegurado** el número de folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como medio de prueba en caso de que se requiera efectuar alguna aclaración.
4. La **Compañía** proporcionará al **Asegurado** los datos necesarios para la identificación y operación del **Contrato de Seguro**, incluyendo sus características esenciales, los datos de contacto para la atención de **Siniestros** y los datos de contacto de la Unidad Especializada de la **Compañía** para la atención de quejas y reclamaciones.
5. En cualquier momento, el **Asegurado** podrá consultar y obtener una copia de las condiciones generales de la **Póliza** en la página electrónica indicada en la carátula de **Póliza** o en el Certificado de Cobertura.
6. Una vez realizada la celebración del **Contrato de Seguro**, la **Compañía** enviará al **Asegurado** a través del correo electrónico o al domicilio proporcionado por éste, la carátula de **Póliza** o el Certificado de Cobertura, las condiciones generales aplicables y cualquier otra documentación con la que deba contar el **Asegurado**. La **Compañía** se obliga a enviar la documentación antes mencionada dentro de un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación.
7. El **Asegurado** podrá acudir a las oficinas de la **Compañía** a solicitar la documentación contractual del seguro contratado.
8. En caso que el **Asegurado** desee solicitar la terminación anticipada de su **Póliza**, podrá hacerlo al teléfono indicado en la carátula de **Póliza** o en el Certificado de Cobertura en donde se le indicará el procedimiento a seguir y proporcionará un número de folio de cancelación. También podrá realizarlo mediante escrito libre presentado directamente en la Unidad Especializada de la **Compañía**. Una vez recibida la solicitud de cancelación, la **Compañía** procederá a terminar anticipadamente el **Contrato de Seguro**.

Al utilizar la página electrónica para la celebración del **Contrato de Seguro**, el **Asegurado** acepta y reconoce su responsabilidad sobre el uso adecuado de la misma.

La **Compañía** no se hace responsable por el uso indebido que lleve a cabo el **Asegurado** o cualquier otro usuario de los sistemas o mecanismos electrónicos utilizados para la celebración del **Contrato de Seguro**.

Los soportes materiales a través de los cuales se haga constar el procedimiento de solicitud y aceptación del seguro, tales como archivos electrónicos, se considerarán, para todos los efectos legales, como medios idóneos de prueba para demostrar la existencia del Seguro, así como los hechos que condicionen los términos del mismo.

La **Compañía**, garantiza la protección y confidencialidad de los datos proporcionados por el **Asegurado**, a través de la página electrónica para la celebración del **Contrato de Seguro**. Asimismo, la **Compañía** manifiesta que únicamente podrá dar a conocer los datos de identificación del **Asegurado** a la institución bancaria que maneje la cuenta de la tarjeta de crédito o débito proporcionada por el **Asegurado** para el pago de la prima del Seguro.

En caso que la persona que efectúe la solicitud no sea el **Asegurado**, el **Asegurado** acepta como suyas todas las declaraciones y manifestaciones efectuadas a la **Compañía** por quien realizó la solicitud.

23. Entrega de documentación contractual.

Los contratos que se celebren bajo la comercialización a través de internet u otro medio electrónico, o por conducto de un intermediario, cuyo cobro de primas se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, el **Asegurado** recibirá su documentación a más tardar 30 días naturales a partir de la fecha de contratación del seguro, de las siguientes formas:

- a) Vía Correo electrónico
- b) Mensajería
- c) Vía Agente o intermediario de Seguros.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el **Asegurado** o **Contratante** no reciba la documentación mencionada en el primer párrafo de esta cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la **Compañía**, cuyos domicilios se indican en la página en Internet <http://www.>_____ o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

VI. Registro

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día __ de _____ de _____, con el número _____”

VII. Artículos Citados en las Condiciones Generales

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, Ley sobre el Contrato de Seguro, Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 276. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al

monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno.

Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Ley General de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 136. - En materia jurisdiccional, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez lo comunicará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a efecto de que ordene el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros, para pagar a la persona en cuyo favor se

hubiere dictado la sentencia. Dicha Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el Tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Ley Sobre el Contrato del Seguro

Artículo 8. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9. Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10. Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 40. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 52. El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53. Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 54. Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.

Artículo 69. La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70. Se extinguirán las obligaciones de la empresa cuando el Asegurado o el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, declaran o disimulan hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71. El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81. Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82. El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 171.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa 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 empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa 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 empresa 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 empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Artículo 173. Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.

Cuando por la pérdida de las actas de Registro Civil, el asegurado o los beneficiarios en su caso, no puedan comprobar su edad con dichas constancias ni con otros documentos fehacientes, podrán rendir información testimonial ante juez competente, con citación de la empresa aseguradora, para comprobar ese hecho. El mismo procedimiento deberán seguir los

beneficiarios de la póliza si no les es dable comprobar su parentesco por los medios normales que establece la legislación civil correspondiente.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 bis. Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 65. Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Artículo 68. La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento.

El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Artículo 70. En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.

Artículo 71. Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.

Artículo 72 bis. En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

Ley Monetaria

Artículo 8. La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser

cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

Código Civil del Distrito Federal

Artículo 1635. La concubina y el concubinario tienen derecho a heredarse recíprocamente, aplicándose las disposiciones relativas a la sucesión del cónyuge, siempre que hayan vivido juntos como si fueran cónyuges durante los cinco años que precedieron inmediatamente a su muerte o cuando hayan tenido hijos en común, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

Si al morir el autor de la herencia le sobreviven varias concubinas o concubinarios en las condiciones mencionadas al principio de este artículo, ninguno de ellos heredará.