PRINCIPALES COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Coberturas	Suma Asegurada*
Resguardo de la mascota en el país de residencia del asegurado	$ 300 USD
Gastos médicos y fallecimiento de mascotas por accidente o enfermedad durante el viaje	$1,000 USD
Daño del kenel o contenedor de animales	$ 50 USD
Fallecimiento del Asegurado (Accidente o Enfermedad)	$ 500 USD

*Las sumas aseguradas están expresadas en Dólares Americanos (USD)

- ✓ **Territorialidad:** Territorio Internacional.
- ✓ **Asegurado:** Mascotas domésticas (perros y gatos), incluyendo animales braquiocefálicos o de servicio o apoyo emocional viajando con el Pasajero de Volaris.
- ✓ **Principio y terminación de vigencia:** Las coberturas aplican 24 horas antes de la fecha del inicio del viaje y concluyen 24 horas posteriores al arribo en el destino.
- ✓ En caso de viajes redondos mayores a 90 días, las coberturas dejarán de tener efecto a partir del día 91 de iniciado el viaje.
- ✓ **Aplica para:** 1 mascota por pasajero

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA RECLAMAR CUALQUIER SINIESTRO

- Art. 492:
  - Formato conoce a tu cliente.
  - ID oficial vigente con fotografía legible (INE, pasaporte o cartilla)
  - CURP o RFC.
  - Comprobante de domicilio (no mayor a 1 mes de vigencia)
- Formato de reclamación.
- Copia del Estado de Cuenta de una cuenta de débito (no mayor a 1 mes de antigüedad).
- Itinerario de vuelo (Pase de Abordar o comprobante de Itinerario)

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA RECLAMAR DE ACUERDO CON LA COBERTURA

Resguardo de la mascota en el país de residencia del asegurado

Favor de mandar copias o fotos legibles y visibles de:

- Cartilla de vacunación completa y vigente
- Comprobante por el pago realizado a la veterinaria. (resguardo)
- Comprobante (Factura fiscal) del pago realizado a la estancia o veterinaria indicando el valor unitario por día, el valor total de los días y la cantidad de días que estuvo la mascota en la guardería.

Gastos médicos y fallecimiento de mascotas por accidente o enfermedad durante el viaje

Favor de mandar copias o fotos legibles y visibles de:

- Informe médico completo Certificado emitido por el médico veterinario tratante, donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico.
- Estudios y/o análisis médicos.
- Comprobantes de pago de los gastos incurridos a consecuencia de la asistencia médica veterinaria.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP
TERRAWIND GLOBAL PROTECTION

Daño del kenel o contenedor de animales
Favor de mandar copias o fotos legibles y visibles de:

- Reporte de Irregularidades de Equipaje.
- Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancario o departamental).
- Fotografías del daño de equipaje.

Fallecimiento del Asegurado (Accidente o Enfermedad)
Favor de mandar copias o fotos legibles y visibles de:

- Acta de defunción del Asegurado y/o certificado de defunción del Asegurado.
- Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (carpeta de investigación, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.
- Comprobante de domicilio del Asegurado, solo si se encuentra en poder del Beneficiario.
- Comprobante de domicilio particular del Beneficiario. En caso de ser el cónyuge del Asegurado, acta de matrimonio. En caso de ser hijo, acta de nacimiento.

Para su mayor comodidad ponemos a su disposición nuestro **RespaldoBot:** 56 1652 2139 el cual le permitirá, con solo digitar su Número de Reservación de Volaris, consultar:

- Coberturas y Sumas Aseguradas por producto
- Preguntas Frecuentes del producto
- Formatos para reclamar en caso de un siniestro
- Certificado de Seguro
- Atención Inmediata con la aseguradora

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia durante su viaje, no dudes en contactar a nuestro equipo de atención al cliente al **+1 2017 012 089** en **Pan-American.**

El contenido de este material es únicamente informativo, los productos se rigen por las condiciones contractuales y legales aplicables. Para conocer más detalles de coberturas y exclusiones consulte las Condiciones Generales.

El **"Respaldo de mascotas Volaris"** es un seguro emitido, operado y garantizado por, **Pan-American México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.**, quien es responsable del mismo, actuando como intermediario **Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S.A.**; en apego al Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas de México; distribuido y ofrecido por **Concesionaria Vuela Compañía de Aviación, S.A.P.I. de C.V., Vuela Aviación S.A.** y **Vuela El Salvador S.A. de C.V.** Consulta términos, exclusiones y condiciones generales del producto.

De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales aplicable, estoy enterado de que mis datos personales serán tratados por **Pan-American México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.**, quien es responsable de los mismos, en apego a los dispuesto por su Aviso de Privacidad General y el específico por cada país que se encuentra disponible en: https://palig.com/es/mx/pol%c3%adtica-de-privacidad

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, son responsabilidad de **Pan-American México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.**, quien ha obtenido el registro de los mismos, ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en México, a partir del 01 de noviembre de 2024, con el número CNSF-S0119-0391-2024/CONDUSEF-006630-01.
El responsable del texto, oferta y contenido del presente es **Pan-American México, Compañía de Seguros S.A. de C.V.**

NO. RECAS: CNSF-S0119-0391-2024/CONDUSEF-006630-01



Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Viajero

Seguro de Grupo Vida Viajero

Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (la **"Compañía"**), es la institución de seguros legalmente constituida y autorizada para actuar como tal de conformidad con la legislación mexicana, responsable de pagar las indemnizaciones contratadas en caso de ocurrir un Evento, según lo previsto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares aplicables.

I. Definiciones Generales

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro:

Accidente. Significa acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. Tratándose de la muerte del Asegurado por suicidio esta no se considera muerte accidental y se procederá, en términos de lo dispuesto en el Artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, por lo que la Compañía únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada.

Alta del Certificado. Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

Asegurado. Significa la persona física que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y que, por instrucción del Contratante, se encuentra cubierta al amparo de este Contrato de Seguro por formar parte del Grupo Asegurado.

Beneficiario(s). Significa aquella(s) persona(s) que tiene(n) derecho a recibir los beneficios de este Seguro en caso de que se verifique la muerte del Asegurado conforme a las condiciones generales y particulares previstas en este Contrato de Seguro.

Central de Asistencia. Departamento de profesionales prestando servicios de supervisión, control y/o coordinación para el Proveedor que intervienen y deciden en todos aquellos asuntos y/o prestaciones brindadas o a brindarse en virtud de las presentes Condiciones Generales y que están directa o indirectamente relacionados con temas médicos.

Certificado Individual- Voucher. Significa el medio en el cual se hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas y asistencias contratadas, la Suma Asegurada, la vigencia y demás datos que detallen las características del riesgo cubierto por la Compañía, respecto de cada Asegurado de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 16 del Reglamento.

Grupo Asegurado. Significa el conjunto de personas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y, en su caso, que otorguen su consentimiento expreso para formar parte del mismo.

Contratante. Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro. Por tratarse de un Seguro de Grupo Vida en la totalidad de los casos deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas, a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación de este Contrato de Seguro.

Contrato de Seguro. Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares aplicables, la Solicitud, la Carátula de la Póliza, el Certificado Individual correspondiente, los endosos que se agreguen, así como el comprobante de pago de la prima de este seguro, los cuales constituyen prueba sobre la existencia del seguro.

Claves de Identificación. se entiende aquellos datos personales del posible Contratante y/o Asegurados que los identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono(s) de contacto, entre otros.

Diagnóstico. Dictamen elaborado por un Médico donde identifica un padecimiento o condición de este por sus síntomas o signos, apoyándose en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Dolencia y/o Afección. Los términos "dolencia" y/o "afección" se entenderán como sinónimos de "enfermedad" a cualquier efecto en las presentes Condiciones Generales.

Evento. Significa la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro durante la vigencia del Certificado Individual.

Lo anterior en el entendido de que tratándose de tratamiento o serie de tratamientos médicos y/o quirúrgicos por un Accidente o Intervención Quirúrgica cubiertos a que sea sometido el Asegurado que le haya dado origen, serán considerados como un solo Evento.

Fecha de Vencimiento de la Prima. Es la fecha en la que la Prima tiene que ser efectivamente pagada por el Contratante o el Asegurado Principal.

Fecha de Terminación. Es la fecha indicada en la Carátula de la Póliza en la que termina la cobertura del seguro para cada uno de los Asegurados.

Fecha Efectiva. Es la fecha indicada en la Carátula de la Póliza en la que la Compañía acepta la oferta de asegurar a los Asegurados.

Hospitalización. Reclusión del Asegurado en un Hospital por recomendación médica y bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período continuo mínimo de 24 (veinticuatro) horas.

Hospital. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos en el país en donde se encuentre y que opere bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal. Se encontrará comprendido dentro de esta definición clínicas y sanatorios. Esta definición no comprende centros especiales para tratamiento de: alcoholismo, drogadicción, condiciones nerviosas o mentales, reposo, convalecencia o descanso para ancianos, curas de reposo o rehabilitación.

Kennel. Es la caja de transporte que está destinada y adecuada para acomodar a la mascota dentro del avión, tren, automóvil o cualquier otro vehículo con el fin de proporcionar seguridad, comodidad y bienestar a su mascota durante el trayecto**.**

Médico. Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulada legalmente y autorizada para ejercer la profesión médica. No deberá ser el Asegurado, su cónyuge o concubino ni los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o que tengan parentesco civil.

Padecimiento Preexistente. Cualquier síntoma y/o signo que se presente antes del Alta del Certificado de cada Asegurado y que, de habérsele consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

(a) que previamente al Alta de Certificado, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

Periodo de Vigencia. Es el periodo que inicia en la Fecha Efectiva de la Póliza y termina a la Fecha de Terminación.

Periodo de Espera. Es el lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del Alta del Certificado, para que el Asegurado se encuentre cubierto en el cuál no se deberán presentar signos o síntomas de la Enfermedad para que se considere un Evento cubierto.

Este periodo será aplicable por única ocasión y no tendrá efecto cuando el seguro se renueve de manera ininterrumpida por el Contratante y el Asegurado continúe siendo miembro de la Colectividad. Durante el Período de Espera, el Asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización, en caso de ocurrir el Evento según se describe en las coberturas**.**

Plan de Asistencia. Conjunto detallado de Servicios de Asistencia en Viaje, ofrecidas por el Proveedor, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado. El Plan de Asistencia se encuentra detallado en el Certificado o Voucher y forma parte inseparable del mismo. Sólo son de aplicación aquellas prestaciones para cada producto explícitamente enunciadas en el Plan de Asistencia detallado en el Certificado o Voucher, con el alcance y límites indicados. Solamente serán válidas y regirán para fines de las presentes Condiciones Generales aquellas garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión del Plan de Asistencia que se especifican en el Certificado o Voucher contratado por el Asegurado.

Prima. Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante a la Compañía en la forma y términos convenidos por las coberturas contratadas. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de ser aplicable, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Reembolso. Es el sistema mediante el cual la Compañía liquidará al Asegurado los gastos médicos cubiertos en que incurra y que haya pagado directamente al prestador de servicios.

Reglamento. Significa, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Siniestro (Evento). Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico de una Enfermedad, así como todas las Lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones y Hospitalizaciones que son derivadas del mismo.

Servicio de Asistencia en Viaje. Son los servicios que la Compañía Asistenciadora ofrece a través de su Proveedor y que se especifican en el Certificado o Voucher del acuerdo al Plan de Asistencia contratado por el Asegurado.

Suma Asegurada. Significa la cantidad indicada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual respectivo, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento.

Tratándose de Reembolsos, la Suma Asegurada será la cantidad máximo que pagará la Compañía por cada Evento.

Titular. Es la persona física Asegurada e inscrita a un Plan de Asistencia en viajes de la Compañía cuyo nombre figura en el Certificado o Voucher y se beneficia con el Contrato de Prestación de Servicios de Asistencia en Viaje.

Viaje. Es el traslado (sin importar que se traslade por Aeronave o medio acuático o terrestre) del Asegurado desde su Domicilio hacia su destino ubicado dentro o fuera del territorio nacional y de su destino de vuelta a su Domicilio. La estancia en el lugar de destino se considera parte del Viaje, cuando la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, así lo indique.

II. Objeto

El seguro brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, respecto de cada Asegurado durante el periodo de tiempo expresamente señalado en cada Certificado Individual.

El Seguro brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, con la salvedad que este Seguro no tendrá cobertura en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal, tuvieren interrumpidas o suspendidas sus relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en los programas de sanción de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, disponibles en la página de internet https://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx o en cualquiera que la sustituya siempre que Estados Unidos de América tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a la indicada en el Certificado Individual.

Cualquier Enfermedad o Evento que no se definen específicamente en este Contrato de Seguro y no se encuentre expresamente contratado ***no está cubierto.***

Para las Coberturas de Seguro que amparan estas Condiciones Generales, no se cubrirán Eventos derivados de Enfermedades, Accidentes o Padecimientos Preexistentes ocurridos antes del Alta del Certificado Individual de cada Asegurado, así como fuera de la vigencia del certificado individual.

Con el pago de la Suma Asegurada termina automáticamente la protección de la cobertura afectada y en el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

III. Condiciones Generales

PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Edad

Serán elegibles para las coberturas dentro del Contrato de Seguro como Asegurados, las personas que tengan entre 1 día de nacido y 99 (noventa y nueve) años, como regla general, salvo que se especifiquen edades mínimas y máximas en las condiciones particulares aplicables a cada cobertura.

En caso de que las edades límite señaladas se modificasen, esta característica deberá especificarse mediante Endoso a la documentación contractual que acompañe a la Póliza.

En caso de requerirse, la edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real al tiempo de su emisión se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en el Alta del Certificado Individual.

No obstante, la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- **a.** Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real del Asegurado al Alta del Certificado Individual;
- **b.** Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- **c.** Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- **d.** Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad de este manifestada en el Certificado Individual y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Si en el momento de la inclusión en la Colectividad, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en el Certificado Individual o extenderá al Asegurado otro comprobante; en este caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado; en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a cambiar dicha designación en cualquier tiempo, para lo cual deberá notificarlo por escrito a la Compañía, o bien el beneficiario acreditarlo al momento del reclamo con el certificado respectivo.

"Advertencia:

"En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada."

SEGUNDA. DE LA PRIMA

La Prima se calculará por cada Asegurado y por cada cobertura. El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. Lo anterior en el entendido de que tratándose de seguros por un solo viaje no se podrá convenir el pago fraccionado.

En caso de pago fraccionado, la primera fracción de la Prima vencerá a los 30 (treinta) días naturales de la Fecha de Alta del Certificado Individual respectivo y los pagos subsecuentes a la fecha de vencimiento serán en cada uno de los mismos en periodos de igual duración que la primera. En caso

de realización del Siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la Carátula de la Póliza.

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria del Contratante, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago de esta. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos automáticamente, una vez transcurrido el periodo de gracia a que se refiere el tercer párrafo de esta cláusula.

En el evento de que el Contratante no pagare las Primas contraídas en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO

Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 00:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la Carátula de la Póliza y terminará su vigencia en la fecha estipulada en la Carátula de la Póliza.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual iniciará a partir de las 00:00 horas de la Alta del Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

Los Certificados Individuales se cancelarán por las siguientes causas:

a. Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer al Grupo Asegurado, debiendo dar la baja respectiva el Contratante;

b. Al haber transcurrido la Temporalidad señalada en el Certificado Individual.

La cobertura indicada en el Certificado Individual respectivo terminará a partir del momento en que la Compañía hubiese realizado y finalizado el pago de la Suma Asegurada por la cobertura afectada.

En el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

Renovación

La vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Certificados Individuales está sujeta a las fechas y periodos especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. Una vez transcurrido el periodo de vigencia antes referido, la Compañía podrá renovar el Contrato de Seguro en forma automática, en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento, así como los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.

Lo anterior, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro. La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.

Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciban la póliza o tengan acceso al Certificado Individual, respectivamente. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

Las Condiciones Particulares aplicables a este Contrato de Seguro podrán ser modificadas mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable. La Compañía no quedará obligada por ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de la Fecha de Inicio de Vigencia, por cualquier Agente de Seguros o tercero, pues éstos carecen de facultades de representación para modificar las condiciones del Contrato de Seguro.

Terminación del Contrato de Seguro

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente dentro de los treinta días siguientes a la solicitud, mediante transferencia bancaria a la cuenta indicada o cheque. Para fines de lo anterior, se entiende que la prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y en su caso gastos de emisión del Certificado Individual. En caso de que la forma de pago sea mensual, cualquier cancelación que ocurra dentro del mes pagado, surtirá efecto al término de la vigencia del periodo cubierto por el pago.

CUARTA. DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- **a.** Comunicar el ingreso de los nuevos integrantes al Grupo Asegurado (Asegurados), conforme se vayan incorporando, así como, respecto de las coberturas contratadas adicionales a la Cobertura Básica además de recabar los consentimientos respectivos;
- **b.** Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- **c.** Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro;
- **d.** Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán; y
- **e.** El Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Certificado Individual. Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no haga del conocimiento la información del Certificado Individual a los Asegurados, éstos podrán solicitarlo directamente a la Compañía. En ese sentido, el contratante expresamente se obliga a entregar a cada uno de los asegurados una copia de las presentes Condiciones Generales y solicitar el acuse de recibo correspondiente.

Previo consentimiento expreso por escrito de parte del asegurado, la Compañía, podrá entregar la documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el Asegurado.

Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Ingresos

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

El ingreso al Grupo de cada Asegurado ocurrirá una vez perfeccionado el vínculo o interés común, mismo que se verifica invariablemente de forma previa e independiente entre el Asegurado y el Contratante.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, automáticamente quedando sin validez el Certificado Individual respectivo. Cuando sea aplicable, la Compañía restituirá al Contratante y/o al Asegurado (en la proporción correspondiente) la prima neta no devengada respecto de las personas que se separen del Grupo Asegurado, calculada en días exactos a quien la haya aportado. Para fines de lo anterior, se entiende que la prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y en su caso gastos de emisión del Certificado Individual.

Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) Alta del Certificado y fecha de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria, suficiente y veraz, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

Expediente

La Compañía mantendrá un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a los Certificados Individuales que se expidan, en cuyo caso El Contratante acuerda custodiar el expediente, incluyendo el certificado respectivo.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar la administración y gestión del Contrato de Seguro y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 del Reglamento, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, en la demás normatividad que sea o resulte aplicable en virtud de modificaciones a dicha normatividad o por cualquier otro motivo y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado o el (los) Beneficiario(s) tenga(n) conocimiento de la realización de Evento y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía.

Para el pago de la indemnización, el Asegurado, o en su caso el Beneficiario deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

a. Declaración del Evento a la Compañía en los formatos que la misma proporcione;

b. Documentos de identificación;

c. Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad de este;

d. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país.

e. Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento o referencia con el que acredite la existencia del seguro. En caso de no contar con éste, la Compañía podrá confirmar contra el Registro de Asegurados previamente al pago de la indemnización, la pertenencia del Asegurado a la Colectividad, así como la vigencia del Certificado Individual;

f. Documentación específica señalada en cada cobertura para comprobar la ocurrencia del Evento;

g. En caso de que la reclamación sea presentada por el Beneficiario, se deberá presentar también la siguiente información de identificación;

h. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Beneficiario y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;

i. Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses;

j. Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario;

k. En caso de ser el cónyuge del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de matrimonio;

l. En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2 (dos) años o tienen un hijo en común;

m. En caso de ser hijo del Asegurado, original o copia certificada para cotejo y copia de su acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.

n. En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, copia certificada para cotejo y copia del testamento o del resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.

Indemnización

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a este Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta en una exhibición en atención a lo señalado por el Asegurado o el o los Beneficiarios según sea el caso, al momento de la reclamación, según las condiciones y los límites aplicables, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido todos formatos, informes, información y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del Evento, las circunstancias de su realización, las consecuencias del mismo y los documentos necesarios para la debida identificación del cliente.

En caso de que la documentación aportada no estuviere completa o la reclamación fuere improcedente, la Compañía lo comunicará por escrito por única vez al reclamante, dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes a la recepción de los documentos. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con un plazo adicional al original para resolver la reclamación y efectuar el pago correspondiente.

Si falleciere el Asegurado como consecuencia de un padecimiento cubierto, la Compañía, liquidará cualquier reclamación procedente al o, a los Beneficiarios.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Evento.

Asimismo, la Compañía podrá solicitar toda la información que considere necesaria a los Médicos y/o Hospitales, incluyendo, sin límite, el expediente clínico, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para el análisis del Evento, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante, lo anterior, la Compañía

podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente o por cualquier otra causa prevista por ley.

La Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado con el objetivo de determinar si procede o no la reclamación. Asimismo, podrá solicitar su necropsia (en caso de muerte) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio de otros terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de las reclamaciones y será mantenida en total confidencialidad.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no se le remita a la Compañía a tiempo la documentación que esta solicite, en términos de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Revisión de Reclamaciones

Si el Asegurado o Beneficiario estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios del Contrato de Seguro, podrá enviar por escrito una reclamación a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Independientemente de lo anterior, el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones a que tiene derecho de conformidad con lo dispuesto en la cláusula de **Competencia** de estas Condiciones Generales.

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 haya sido presentada por el Asegurado o el (los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

"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. "

SEXTA. MISCELÁNEOS

Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Contratación del seguro por medios electrónicos

La Compañía, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas con relación con el CAPÍTULO 4.10. DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LA CONTRATACIÓN DE OPERACIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, podrá poner a disposición del Contratante medios electrónicos para la contratación de este Seguro y para la solicitud de un duplicado de la Póliza, entendiéndose que la oferta se realiza entre presentes, por vía telefónica o a través de cualquier otro medio electrónico, sin fijación de plazo para aceptarla. Entre los medios electrónicos que la Compañía y el Contratante reconocen se encuentra la vía telefónica y la grabación que se realice de la llamada realizada con tal fin, así como por internet (en adelante los "Medios Electrónicos").

Al acordar la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, la Compañía, proporcionará al Contratante, al momento de la contratación, la siguiente información:

(i) El número de Póliza y/o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;

(ii) El nombre comercial del Seguro o los datos de identificación de este;

(iii) Dirección de la página electrónica en Internet en donde el Contratante y los Asegurados puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;

(iv) Los datos de contacto de la Compañía para la atención de dudas, Siniestros o quejas

(v) La información y datos de contacto para efectuar la cancelación de la Póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente;

(vi) Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía; y

(vii) La forma en que se proporcionará la Póliza o certificado individual y las presentes Condiciones Generales en un plazo de treinta días naturales contados a partir de la contratación, en el entendido de que, si el último día para la entrega es inhábil, se deberá entregar a más tardar al día hábil siguiente.

Los medios y las claves de identificación, como se define a continuación, serán validados tanto por la Compañía como por el posible Contratante durante la contratación del Seguro. Por claves de identificación (las "Claves de Identificación") se entiende aquellos datos personales del posible Contratante y/o Asegurados que los identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Cédula de Identificación Fiscal (CIF) emitida por el Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono de contacto, entre otros.

En caso de que se realice la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, se deberán cumplir con los requisitos y proporcionar los medios de autenticación requeridos conforme a las disposiciones aplicables, incluyendo sin limitar contraseñas o claves de acceso y al finalizar la operación, se generará como medio de confirmación un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los Medios Electrónicos, debiéndose notificar la operación realizada. Dicho documento y/o número de referencia y/o folio será el comprobante material de la operación realizada y tendrá todos los efectos que las leyes atribuyen al mismo.

El Contratante y, en su caso, los Asegurados, reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de las Claves de Identificación que, en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

La utilización de los Medios Electrónicos implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Contratante y/o los Asegurados llegaren a hacer uso de los Medios Electrónicos, en este acto reconocen y aceptan que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos Medios Electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

El Contratante y los Asegurados reconocen y aceptan que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para ellos, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal como: guardar todos sus documentos y registros financieros bajo llave y en un lugar Seguro de su casa, recoger su correspondencia lo antes posible y notificar a los remitentes de inmediato cualquier cambio de domicilio. No comparta ni publique en internet más información de la necesaria y configure sus niveles de privacidad. Antes de compartir su información, verifique la identidad de quien la solicita, pregunte por qué la necesita, cómo la protegerá y si habrá alguna consecuencia si no les da su información.

Competencia

En caso de que el Asegurado y/o Contratante se inconformen por los servicios previstos bajo el Seguro, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, el Asegurado y/o el Contratante, podrán hacer valer sus derechos presentando su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ("CONDUSEF"), en sus oficinas centrales o en cualquier delegación de la misma que se encuentre más próxima a su domicilio, o en su defecto, en la Unidad Especializada de la Compañía. Dicha reclamación deberá presentarse dentro del plazo de 2 (dos) años contados a partir de que acontezca el hecho que haya dado motivo a la inconformidad, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del Asegurado y/o Contratante.

En caso de que alguna de las partes previstas bajo el Seguro decida no someterse al arbitraje de la CONDUSEF o en su caso, al árbitro que haya sido nombrado de común acuerdo, se dejarán a salvo los derechos del reclamante o de la Compañía para que los hagan valer, a elección del reclamante, ante los tribunales competentes ubicados en el domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en su domicilio ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México C.P 03100 o en sus delegaciones locales- Tel. (55)5340 0999 y (800) 999 80 80 o puede mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en http://www.condusef.gob.mx.

Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio, indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado (en caso de contar con su domicilio) para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacerse al Contratante y/o al Asegurado o a sus respectivos causahabientes tendrán validez si se hacen en el último domicilio que la Compañía conozca de éstos.

Comisión o Compensación Directa

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

Moneda

Salvo que se indique lo contrario en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

Dividendos

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia u ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Esto no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que a la contratación o Alta del Certificado Individual o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con los establecido en los artículos antes citados sea de carácter nacional o extranjero proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la

RESOLUCIÓN por la que se expiden las disposiciones que en su caso correspondan en las Disposiciones a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Para atención al Asegurado:

Centro de Contacto
+52 (55) 5047 2544
Horario: lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 14:30 horas

Atención de Urgencias las 24 horas
+52 (55) 5047 2546
Gratuito desde los EE.UU.: +1 (855) 725 4472
Resto del mundo: +1 (305) 961 1606
Correo Electrónico: mesadecontrol@palig.com
Página de Internet: www.palig.com/mexico

Oficinas de la Compañía
Dirección: Av. Paseo de la Reforma #412, Suite 1501, Col. Juárez,
C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México
Horario: lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 14:30 horas

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto
+52 (55) 5047 2504
Horario: lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 14:30 horas
Correo Electrónico: une@palig.com

Oficinas de la Unidad Especializada
Dirección: Av. Paseo de la Reforma #412, Suite 1501, Col. Juárez,
C.P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México
Horario: lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 14:30 horas

Para atención de la CONDUSEF:

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o en sus delegaciones locales; en el Centro de Atención Telefónica con número de teléfono (55) 5340 0999 para la Ciudad de México y Zona Metropolitana, y 800 999 8080 para el resto del país; o mediante correo electrónico a la dirección asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en http://www.condusef.gob.mx.

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de Noviembre de 2024, con el número CNSF-S0119-0391-2024/CONDUSEF-006630-01.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

a. Solicitar a los Agentes, la identificación que los acredite como tales;

b. Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes;

c. Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato;

d. Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

a. Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;

b. Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas; y

c. Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de Noviembre de 2024, con el número CNSF-S0119-0391-2024/CONDUSEF-006630-01.

IV. CONDICIONES GENERALES DE LAS COBERTURAS

La Compañía otorgará la cobertura contratada de conformidad con lo especificado en la descripción de cada una de las mismas que de manera particular se encuentran establecidas en el desarrollo del presente producto, ya sea en su Cobertura Básica o bien sus beneficios adicionales, los cuales pueden incluir una o más asistencias, que del mismo modo son descritas de manera específica.

Bajo esa Condición General aplicarán las siguientes:

EXCLUSIONES GENERALES:

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente Póliza, los hechos que sean consecuencia de:

1. **Condiciones, situaciones o enfermedades existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.**

2. **Eventos ocurridos como consecuencia de participación en actividades altamente peligrosas tales como deportes extremos.**

3. **La persona asegurada cometa suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas.**

4. **El fallecimiento se produzca por causa o como consecuencia de homicidio con arma de fuego, arma cortante, arma punzante u objeto contundente.**

5. **Consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**

6. **Participación en huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.**

7. **Explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de la COMPAÑÍA.**

8. **Prestación de servicios en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas. o unidades auxiliares de las mismas.**

9. **Riesgos Profesionales.**

10. **Lesiones de conductor o Asegurado por el uso de cualquier tipo de vehículos incluidos motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, sin casco y sin seguros contratados.**

11. **Situación Migratoria Ilegal y/o Situación Laboral Ilegal del Asegurado**

12. **Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas.**

13. **SIDA, VIH y las enfermedades venéreas en todas sus formas, secuelas y consecuencias.**

14. **Todo tipo de cáncer o neoplasias, tratamiento, secuelas y consecuencias.**

15. **Cualquier evento ocurrido fuera de la vigencia del Certificado Individual.**

16. **Condiciones que ocurran mientras el Asegurado realizaba o practicaba actividades deportivas riesgosas, extremas o radicales, incluyendo la inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas o embarcaciones, o la práctica de un deporte calificado como deporte extremo o radical. (no aplica para producto con cobertura de deporte extremo).**

17. **Eventos ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas.**

18. **Participación intencional en actos delictuosos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.**

19. **Eventos ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.**

COBERTURA BÁSICA: FALLECIMIENTO

1. Descripción de la Cobertura

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual, la Compañía pagará al Beneficiario respecto de esta cobertura, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada respectiva, de conformidad con lo señalado en el Certificado Individual.

Esta cobertura no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada Máxima establecida en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

a.

2. Comprobación

a) Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía la siguiente información:
b) Declaración del Evento a la Compañía, en los formatos que la misma proporcione o una carta reclamación.
c) Acta de defunción del Asegurado y/o certificado de defunción del Asegurado.
d) Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (carpeta de investigación, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones.
e) Acta de nacimiento del Asegurado, si no se ha comprobado previamente la edad de este.
f) Comprobante de domicilio del Asegurado, solo si se encuentra en poder del Beneficiario.
g) Registro Federal de Contribuyentes y/o la Clave Única de Registro de Población del Asegurado, solo si se encuentra en poder del beneficiario;
h) Comprobante de domicilio particular del Beneficiario. En caso de ser el cónyuge del Asegurado, acta de matrimonio.
i) En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2 (dos) años o tienen un hijo en común.
j) En caso de ser hijo del Asegurado, acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
k) En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del Asegurado, testamento o resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.

Certificado Individual, si lo tuviera o en su defecto acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro.

INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS

1. Descripción de la Cobertura

Indemnización de los gastos en que por concepto de funeral incurra el asegurado, según el plan contratado estipulado en la carátula de la póliza. La Suma Asegurada se pagará a quien presente el acta de defunción correspondiente y acredite haber realizado los gastos funerarios.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 99 (noventa y nueve) años.

Tratándose de menores de 12 años, la Suma Asegurada no podrá ser mayor de 60 veces la Unidad de Cuenta Vigente en la Ciudad de México en la fecha del fallecimiento.

Para esta cobertura no aplica Periodo de Espera.

2. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

a. Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado, Apostillada en caso de ser en el extranjero;

b. Facturas para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado;

c. Certificado;

d. Estado de cuenta para pago.

Todos estos documentos se deberán de presentar en original.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en el Certificado Individual si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 99 (noventa y nueve) años de edad.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

Hospitalización en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal, tuvieren interrumpidas o suspendidas sus relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en los programas de sanción de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, disponibles en la página de internet https://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx o en cualquiera que la sustituya siempre que Estados Unidos de América tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de este seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

La Compañía realizará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

- Cuando Hospitalización supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la Compañía, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
- La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual que en ningún caso podrán exceder de 360 (trescientos sesenta) días por Evento o serie de Eventos.

- En los casos en que el período de Hospitalización no supere los 30 (treinta) días naturales, la Compañía efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

Facturas de pago y/o declaración hospitalaria.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en el Certificado Individual si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Tratándose de Hospitalización por Enfermedad, será necesario cubrir el Período de Espera señalado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, para que tenga efecto esta cobertura, salvo que el Evento sea resultante de una Urgencia Médica. Se entiende por Urgencia Médica la aparición fortuita de una Enfermedad aguda que no se derive de un Padecimiento Preexistente y ponga en peligro la vida, un órgano o una función vital del Asegurado.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (un) día de nacido y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 99 (noventa y nueve) años.

La cobertura se deberá especificar mediante endoso a la documentación contractual que acompañe a la póliza.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

a. ***Cirugías que no sean médicamente necesarias;***

b. ***Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie;***

c. Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial;

d. Enfermedades sexualmente transmisibles;

e. Convalecencia, senilidad o reposo;

f. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades;

g. Enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia;

h. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias;

i. Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualquiera otra causa física que atente masivamente a la población;

j. Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, SPA's, clínicas hidro terapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales;

k. Internamiento residencial;

l. Tratamientos y/o cirugías ambulatorias;

m. Miopía, astigmatismo o presbiopía;

n. Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up;

o. Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales;

p. Cirugías para cambio de sexo;

q. Gastropatía reductiva;

r. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones;

s. Hospitalización a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.

t. **Hospitalización en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal, tuvieren interrumpidas o suspendidas sus relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en los programas de sanción de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, disponibles en la página de internet https://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx o en cualquiera que la sustituya siempre que Estados Unidos de América tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.**

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de este seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

La Compañía realizará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

a. Cuando la Hospitalización supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la Compañía, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales;

b. La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual que en ningún caso podrán exceder de 360 (trescientos sesenta) días por Evento o serie de Eventos;

c. En los casos en que el período de Hospitalización no supere los 30 (treinta) días naturales, la Compañía efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta el alta médica.

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

a. Facturas de pago y declaración hospitalaria con fechas de ingreso y egreso;

b. Facturas de pago y nota hospitalaria;

c. Identificación del asegurado;

d. Voucher o Certificado;

e. Estado de cuenta para pago.

ASISTENCIAS

Sujeto a las características, procedimientos, disponibilidad y lineamientos específicos de cada proveedor de asistencia habilitado, así como a la vigencia de las coberturas contratadas, las cuales corresponden con sus estancia en el hotel o bien hospedaje temporal contratado, el asegurado tendrá derecho a las asistencias, en su carácter de Titular de estas, las cuales se indican en el Plan contratado y que a continuación se describen, siempre y cuando se presenten los eventos cubiertos durante la vigencia de su certificado.

El Proveedor o en su caso el intermediario y/o contratista del servicio de asistencia, en lo sucesivo "el Proveedor de Asistencia", estará obligado a proporcionarle el Plan de asistencia aplicable, de acuerdo con la estancia hotelera o bien hospedaje temporal contratado, siempre y cuando se encuentren expresamente contratadas las siguientes asistencias:

REPATRIACIÓN Y/ O SERVICIOS POR MUERTE (REPATRIACIÓN FUNERARIA)

El procedimiento efectuado para trasladar al Asegurado enfermo o accidentado, desde el lugar en que se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia habitual y en el que debió ser emitido el certificado o Voucher previa autorización del Departamento médico del Proveedor de Servicios y deberá tener justificación médica y científica por el médico tratante.

La repatriación se realizará en avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeto a disponibilidad de asientos o por el medio de transporte que el Departamento Médico considere más adecuado con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia habitual del Asegurado, se incluyen. El Asegurado deberá entregar al debidamente endosados el/los boleto/s de pasaje que posea para su regreso sin compensación alguna y el Proveedor de Servicios realizará las gestiones para el cambio de fecha de boleto aéreo o a la emisión de un nuevo boleto aéreo en clase turista y sujeto a disponibilidad de plazas.

Desde el momento en que el Asegurado se encuentre internado hasta el día de viaje de regreso, esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico del Proveedor de Servicios, desde el lugar de internación hasta el aeropuerto de embarque, con la estructura de apoyo necesaria.

La Repatriación Sanitaria será siempre desde el lugar en que el Asegurado se encuentre en reposo o accidentado hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia habitual que consta como su

domicilio y en el que debió ser emitido el Certificado / Voucher. Queda establecido que aún para casos de tratamientos y cirugías que ocurran en situaciones caracterizadas como emergencias, la Repatriación Sanitaria debe ser requerida y autorizada por el Departamento médico del Proveedor de Servicios.

1. Exclusiones

a) Quedan excluidas las repatriaciones médicas, de realizarlo por cuenta propia sin la debida autorización de la PROVEEDOR DE ASISTENCIA o dejando de lado la opinión de Departamento Médico de la Compañía y/o Central de Asistencia.

2. Documentos Adicionales Para Reclamar De Acuerdo Con La Cobertura

a) Acta de defunción del Asegurado y/o certificado de defunción del Asegurado.
b) Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (carpeta de investigación, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías); parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones, o su equivalente.

PAGO DIRECTO POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD (INCLUYE COVID)

Descripción de la cobertura: En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Proveedor de Asistencia pagará directamente al Hospital con convenio y a los Médicos con convenio los costos por los servicios que hayan proporcionado, a excepción de los costos a cargo del Asegurado.

La Proveedor de Asistencia ha celebrado un convenio para la prestación de servicios médicos con un grupo de Hospitales y médicos, tanto en la Ciudad de México, así como en el interior de la República Mexicana, con la finalidad de que proporcionen atención médica a sus Asegurados y que éstos no incurran en desembolsos por el costo total de los servicios que reciban y que se cubran conforme a las condiciones particulares de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

Para hacer uso de este beneficio el Asegurado se deberá identificar como miembro del Grupo Asegurado ante los Hospitales y Médicos con convenio con su Certificado Individual.

El Proveedor de Asistencia pondrá a disposición del Asegurado un catálogo de Hospitales y Médicos con convenio, respecto de los cuales el Asegurado podrá acudir para hacer uso de este beneficio.

Lo anterior, en el entendido de que la lista no es de uso obligatorio, pudiendo el Asegurado decidir libremente a quien elegir para llevar a cabo su atención médica. En todo caso, la relación de atención médica será estrictamente entre el Asegurado y el Médico y/u Hospital de su elección, siendo que la obligación del Proveedor de Asistencia se limita a cubrir los gastos médicos y hospitalarios que sean procedentes de acuerdo con este contrato de seguro.

En caso de que el Asegurado haga uso de los servicios de Hospitales y/o Médicos no incluidos en el catálogo, deberá tramitar el pago de los gastos médicos cubiertos vía Reembolso conforme a lo señalado en las Condiciones Generales.

PAGO DIRECTO POR ACCIDENTE

Descripción de la cobertura: En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, el proveedor de Asistencia pagará directamente al Hospital con convenio y a los Médicos con convenio los costos por los servicios que hayan proporcionado, a excepción de los costos a cargo del Asegurado.

El Proveedor de asistencia ha celebrado un convenio para la prestación de servicios médicos con un grupo de Hospitales y médicos, tanto en la Ciudad de México, así como en el interior de la República Mexicana, con la finalidad de que proporcionen atención médica a sus Asegurados y que éstos no incurran en desembolsos por el costo total de los servicios que reciban y que se cubran conforme a las condiciones particulares de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

Para hacer uso de este beneficio el Asegurado se deberá identificar como miembro del Grupo Asegurado ante los Hospitales y Médicos con convenio con su Certificado Individual.

El Proveedor de Asistencia pondrá a disposición del Asegurado un catálogo de Hospitales y Médicos con convenio, respecto de los cuales el Asegurado podrá acudir para hacer uso de este beneficio.

Lo anterior, en el entendido de que la lista no es de uso obligatorio, pudiendo el Asegurado decidir libremente a quien elegir para llevar a cabo su atención médica. En todo caso, la relación de atención médica será estrictamente entre el Asegurado y el Médico y/u Hospital de su elección, siendo que la obligación del Proveedor de Asistencia se limita a cubrir los gastos médicos y hospitalarios que sean procedentes de acuerdo con este contrato de seguro.

En caso de que el Asegurado haga uso de los servicios de Hospitales y/o Médicos no incluidos en el catálogo, deberá tramitar el pago de los gastos médicos cubiertos vía Reembolso conforme a lo señalado en las Condiciones Generales.

PAGO DIRECTO POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD CRÓNICA O PREEXISTENTE

Descripción de la cobertura: En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, el Proveedor de Asistencia pagará directamente al Hospital con convenio y a los Médicos con convenio los costos por los servicios que hayan proporcionado, a excepción de los costos a cargo del Asegurado.

El Proveedor de Asistencia ha celebrado un convenio para la prestación de servicios médicos con un grupo de Hospitales y médicos, tanto en la Ciudad de México, así como en el interior de

la República Mexicana, con la finalidad de que proporcionen atención médica a sus Asegurados y que éstos no incurran en desembolsos por el costo total de los servicios que reciban y que se cubran conforme a las condiciones particulares de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

Para hacer uso de este beneficio el Asegurado se deberá identificar como miembro de la Colectividad ante los Hospitales y Médicos con convenio con su Certificado Individual.

El Proveedor de Asistencia pondrá a disposición del Asegurado un catálogo de Hospitales y Médicos con convenio, respecto de los cuales el Asegurado podrá acudir para hacer uso de este beneficio.

Lo anterior, en el entendido de que la lista no es de uso obligatorio, pudiendo el Asegurado decidir libremente a quien elegir para llevar a cabo su atención médica. En todo caso, la relación de atención médica será estrictamente entre el Asegurado y el Médico y/u Hospital de su elección, siendo que la obligación del Proveedor de Asistencia se limita a cubrir los gastos médicos y hospitalarios que sean procedentes de acuerdo con este contrato de seguro.

En caso de que el Asegurado haga uso de los servicios de Hospitales y/o Médicos no incluidos en el catálogo, deberá tramitar el pago de los gastos médicos cubiertos vía Reembolso conforme a lo señalado en las Condiciones Generales.

a) Monto por indemnizar por día: Se indemnizará por el monto especificado en carátula de póliza, certificados individuales y/o endosos a la póliza.

b) Número de eventos cubiertos dentro de la vigencia: Por evento se tiene un tope de 30 días, salvo caso contrario descrito en carátula de póliza, certificados individuales y/o endosos a la póliza.

c) Días por Recaídas: En caso de que el evento (siniestro) se trate de una recaída, los días se contabilizarán a partir del número siguiente al último día de la hospitalización anterior.

d) Cuando se considera recaída: La reclamación en cuestión debe de tener relación con una hospitalización previa y es necesario la presentación del expediente médico a fin de corroborar que en efecto se trate de una recaída de un evento cubierto con anterioridad por el Proveedor de Asistencia.

1. Exclusiones

El Proveedor de Asistencia no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

a) Cirugías que no sean médicamente necesarias.

b) **Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.**

c) **Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.**

d) **Enfermedades sexualmente transmisibles.**

e) **Convalecencia, senilidad o reposo.**

f) **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades.**

g) **Enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.**

h) **Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.**

i) **Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo o cualquiera otra causa física que atente masivamente a la población.**

j) **Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, SPA's, clínicas hidro terapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.**

k) **Internamiento residencial.**

l) **Tratamientos y/o cirugías ambulatorias.**

m) **Miopía, astigmatismo o presbiopía.**

n) **Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up.**

o) **Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales.**

p) **Cirugías para cambio de sexo.**

q) **Gastropatía reductiva.**

r) **Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.**

s) **Hospitalización a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.**

REPATRIACIÓN MÉDICA:

Se brindará el servicio de la Evacuación Médica de Emergencia, que resulte necesaria en caso de Lesión por Accidente o Enfermedad de Carácter Súbito del Asegurado hasta la Suma Asegurada Máxima que figura en el CERTIFICADO - VOUCHER y sujeto al Monto Máximo Garantizado. Una Evacuación de Emergencia debe ser previamente solicitada y aprobada a través de la Central de Asistencia y requerida por un Médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la Lesión o Enfermedad de Carácter Súbito del Asegurado hacen necesaria tal evacuación. Los conceptos cubiertos por esta cláusula corresponden al transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos que sean necesarios con motivo de la Evacuación de Emergencia del Asegurado. El servicio de Evacuación Médica deberá ser realizado por la vía más directa y económica posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del Asegurado. El transporte deberá:

a. Ser recomendado por el Médico que atienda al Asegurado.

b. Cumplir con las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al Asegurado.

c. Acordado y autorizado anticipadamente por el Proveedor de Asistencia.

La Evacuación de Emergencia se aplica en los casos:

a. Que la condición médica del Asegurado hace necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo hasta el Hospital más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado.

b. Que luego de haber sido tratado en un Hospital local, la condición médica del Asegurado hace necesario su transporte al país donde comenzó el Viaje para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

1. Exclusiones

Quedan excluidas las repatriaciones médicas, de realizarlo por cuenta propia sin la debida autorización del Proveedor de Asistencia o dejando de lado la opinión de Departamento Médico de la COMPAÑÍA y/o del Proveedor de Asistencia.

2. Documentos Para Reclamar

a) Acta de defunción del Asegurado y/o certificado de defunción del Asegurado.

b) Actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta (carpeta de investigación, identificación del cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías);

c) Parte de tránsito en caso de Accidente y conclusiones, o su equivalente.

d) Debe contactar a la central telefónica y brindar número de certificado o voucher y nombre del cliente

TRASLADO Y ESTANCIA DE UN ACOMPAÑANTE (MÁXIMO 8 DÍAS)

Pasaje Aéreo

En caso de que la hospitalización de un Asegurado viajando no acompañado, fuese superior a cinco (5) días calendarios, El Proveedor de Servicios gestionará un boleto aéreo ida y vuelta al país de origen del familiar, en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un solo familiar de línea de directa de compañía, Padre, Madre, Cónyuge, Hijo o Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

Notas Importantes: La persona indicada para acompañar al Asegurado deberá obligatoriamente residir en el mismo país que el Asegurado. Esta cobertura requiere Preautorización de la Central de Asistencias.

Alojamiento

Se gestionará la estadía en un Hotel para hospedaje del acompañante del Asegurado, cuando éste se encuentre viajando solo y el Médico tratante considere necesaria su internación en un Hospital por un periodo superior a 5 (cinco) días naturales, siempre que haya sido Preautorizado por el Proveedor de Asistencia. En caso de que el Asegurado no pueda designar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado de consanguinidad y que sea mayor de edad.
Este beneficio se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel y a la Suma Asegurada Máxima Diaria, indicadas en el Certificado o Voucher.

Notas Importantes: La persona indicada para acompañar al Asegurado deberá obligatoriamente residir en el mismo país que el Asegurado. Esta cobertura requiere Preautorización de la Central de Asistencias.

DOCTOR VIRUTAL o TELEMEDICINA

El Asegurado podrá recibir recomendaciones a través de conferencia telefónica y/o videoconferencia (sujeto a disponibilidad y a tipo de padecimiento) con un profesional de la salud que brindará orientación sobre qué hacer para aliviar sus síntomas permaneciendo en su hogar, o se recomendará ser asistido en centros de urgencias o salas de emergencias, de acuerdo con la severidad de los síntomas que describen los mismos.,

1. Exclusiones

Usuarios que no tengan acceso a internet o teléfono

2. Documentos Para Reclamar

Contar con certificado o voucher

GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA:

Se brindará el Hospedaje del Asegurado en Hotel en caso de que el equipo médico del Hospital donde se encuentre el Asegurado determine la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del Asegurado por convalecencia, después que fue dado de alta del Hospital, debido a Accidente o Enfermedad de Carácter Súbito.

Este Beneficio por convalecencia se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel, al Monto Máximo Garantizado y a la Suma Asegurada Máxima Diaria, todos ellos indicados en el Certificado o Voucher. Este beneficio requiere Preautorización del Proveedor de Asistencia, por lo que ésta no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el Contrato de Viaje.

Cuando el médico tratante autorizado por el Departamento Médico del Proveedor de Servicios prescriba reposo forzoso al Asegurado que hubiese estado internado al menos cinco (5) días y a su salida deba obligatoriamente cumplirlo, el Proveedor de Servicios gestionará su estancia en el hotel hasta el monto indicado en el CERTIFICADO – VOUCHER hasta un máximo de diez (10) días previa autorización del Proveedor de Asistencia.

1. Exclusiones

Hospedajes no autorizados por el Proveedor de Asistencia- Central telefónica

2. Documentos Para Reclamar

Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la Convalecencia;

RETRASO DE EQUIPAJE:

se reembolsarán los gastos por compras de artículos personales de primera necesidad a causa del retraso del Equipaje documentado en bodega, se pagará hasta la cantidad máxima contratada.

1. Exclusiones

Se excluyen las siguientes situaciones:

a) Equipaje confiscado o retenido por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.

b) Cuando el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para recuperar el Equipaje perdido.

c) El Asegurado sea un funcionario o empleado o miembro de la tripulación del medio de transporte que dio origen al acontecimiento.

d) Cuando el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio.

*2. **Documentos Para Reclamar***

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

a) Reporte de Irregularidades de Equipaje.

b) Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.

c) Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.

d) Copia de los comprobantes de los gastos efectuados mencionando cada concepto por motivo de la demora. Tickets / Facturas / Recibos/ Cargos en el Estado de Cuenta que los soporten.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE (AMBULANCIA) POR EMERGENCIA

En caso de que el ASEGURADO sufriera una EMERGENCIA MÉDICA por accidente o enfermedad, en donde la vida corra riesgo y necesite el traslado en ambulancia terrestre, podrá mediante llamada telefónica las 24 (veinticuatro) horas al día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días al año, solicitar a el Proveedor de Asistencia el envío de la ambulancia a su domicilio o en donde se encuentre el ASEGURADO.

El Proveedor de Asistencia asumirá los gastos del traslado de la ambulancia terrestre hasta el hospital más cercano en donde se encuentre el ASEGURADO.

Servicio disponible en las principales ciudades de la República Mexicana. En caso de que no se cuente con la infraestructura privada que permita el traslado, el Proveedor de Asistencia coordinará el mismo por medio de los servicios médicos públicos de la localidad.

En casos que no se trate de una emergencia médica, o el ASEGURADO haya recibido atención médica, o bien exceda la cobertura, el ASEGURADO podrá solicitar el servicio asumiendo el costo íntegro del traslado a un precio preferencial.

Este servicio será prestado de acuerdo con los montos y límites indicados en el CUADRO DE COBERTURAS.

Quedan excluidos de este servicio los traslados interhospitalarios y los traslados programados.

Si existiera excedente del MONTO POR EVENTO éste será pagado en forma inmediata por el ASEGURADO con sus propios recursos al asociado de servicio.

Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de 12 (doce) meses, entonces El Proveedor de Asistencia deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al ASEGURADO e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos.

PERDIDA DEFINITIVA O DAÑO DE EQUIPAJE DOCUMENTADO:

En caso de extravío, hurto o robo de Equipaje del Asegurado, que haya sido registrado en bodega y que se encuentre bajo la responsabilidad de un operador de Transporte Público Autorizado, , el Proveedor de Asistencia pagará hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida o su equivalente, descontando aquellos pagos efectuados por la operadora de Transporte Público Autorizado a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la Suma Asegurada total indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y al Monto Máximo Garantizado.

Si las maletas del TITULAR sufrieran algún tipo de daño que deje expuestos los elementos que se encuentran en su interior, así como la violación de sus cerraduras con los mismos efectos, a el Proveedor de Asistencia otorgará al TITULAR la suma indicada según los topes del producto contratado.

Para hacer efectivo este BENEFICIO debe verificarse que la rotura haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que deba ser entregado al Beneficiario al desembarcar, debe haber sido informado a El Proveedor de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro y el TITULAR deberá presentar a El Proveedor de Asistencia el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea los comprobantes originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.

Este servicio del PLAN DE ASISTENCIA no se brindará en el viaje de regreso al País de residencia habitual del TITULAR o país emisor del CERTIFICADO o VOUCHER.

1. ***Exclusiones***

Se excluyen las siguientes situaciones:

a) Equipaje confiscado o retenido por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.

b) Cuando el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para recuperar el Equipaje perdido.

c) El Asegurado sea un funcionario o empleado o miembro de la tripulación del medio de transporte que dio origen al acontecimiento.

d) Cuando el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio.

*2. **Documentos Para Reclamar***

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

a) Reporte de Irregularidades de Equipaje.

b) Bag Tag foto frente y vuelta

c) Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.

d) Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.

e) Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancario o departamental).

f) Listado de artículos que llevaba en el equipaje, especificando modelo, marca y costo aproximado.

g) Fotografías del daño de equipaje.

GARANTÍA DE CANCELACIÓN E INTERRUPCIÓN DE VIAJE

Garantía ante los imprevistos o circunstancias especificadas en este beneficio por las que finalmente el Hospedaje Temporal no pueda ir a su destino planificado, los gastos por servicios no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el Asegurado en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un Transporte Público Autorizado. Este BENEFICIO puede aplicar para los pagos realizados con puntos bancarios, tarjetas de lealtad/recompensas y/o regalos que una entidad hace a un cliente. El Asegurado deberá

informar al Proveedor de Servicio de la cancelación al menos dentro de las 48 horas de la ocurrencia del evento que motiva la cancelación del viaje, y siempre y sin excepción con una antelación mínima de 24 horas previas al comienzo del viaje o de la vigencia del CERTIFICADO - VOUCHER, lo que ocurra primero.

El Proveedor de Asistencia se reserva el derecho de realizar una pericia médica comprobatoria.

Cuando EL TITULAR haya pagado con anticipación los costos de transporte, alojamiento, matrículas, excursiones y en general cualquier gasto correspondiente al viaje y no habiendo iniciado dicho viaje tenga que cancelarlo con antelación al mismo o interrumpirlo durante su viaje. En caso de interrupción solo se tomarán a cargo los servicios no iniciados por EL TITULAR.

Nota Importante:

En el caso de Cancelación del Viaje, el Proveedor de Asistencia y el Operador de Turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 48 horas desde la ocurrencia de la Enfermedad de Carácter Súbito, Accidente o fallecimiento. Vencido este plazo, el Proveedor de Asistencia no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera que sea su naturaleza.

A los efectos de este Beneficio las Enfermedades de carácter Súbito deberán manifestarse por primera vez o ser contraídas con posterioridad a la fecha de contratación del Certificado del presente Seguro Colectivo para Hospedaje, la cual estará indicada en el respectiva CERTIFICADO - VOUCHER.

El beneficiario reconoce que este beneficio no cubre los gastos administrativos, comisiones y fees de los canales de venta como por ejemplo de las Agencias de Viajes, entre otros. Tampoco incluye el gasto de tramites de visados o algún otro tipo de documento no descrito anteriormente.

Causales de cancelación o interrupción del viaje (Cobertura al 100%):

- Por fallecimiento*, accidente* o enfermedad grave* del Asegurado o de un familiar directo con igual residencia habitual en su país de origen: Padre, Madre, Cónyuge, Hijo, Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa). Se entiende por enfermedad grave una alteración de la salud que impida el inicio del viaje y que sea comprobable medicamente, que la misma no se encuentre incluida en las EXCLUSIONES GENERALES, y que a juicio del Departamento Médico del Proveedor de Servicios imposibilite al Asegurado iniciar el viaje en la fecha consignada en el CERTIFICADO - VOUCHER.
- Convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal que le imposibilite viajar en la fecha consignada en el CERTIFICADO - VOUCHER.
- Cuarentena médica por dictamen médico al Asegurado.

- Causales de cancelación o interrupción del viaje (Cobertura al 75%): Daños que, por incendio, robo o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual en sus locales profesionales, los hacen inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.

- Atención de emergencia por parto de la asegurada o de la cónyuge y/o compañera permanente del Asegurado.

- Complicaciones del embarazo de la Asegurado, antes de la semana 30, y que a juicio del Departamento Médico del Proveedor de Servicios se encuentre imposibilitada de iniciar el viaje en la fecha de inicio de vigencia indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER.

- Despido laboral comprobado con fecha posterior a la emisión del CERTIFICADO - VOUCHER y que el evento no sea a consecuencia de una causa especificada en la EXCLUSIONES GENERALES.

- Desastres naturales tales como temblor, terremoto, erupción volcánica, maremoto o tsunami, huracán, ciclón tornado que impidan realizar el viaje y/o le impidan a cualquier vuelo comercial arribar y/o despegar de la ciudad donde se encontrara el Asegurado.

- Cambio de trabajo del Asegurado presentando certificado de egreso e ingreso.

- No aprobación de la Visa para ingresar al país de destino. Esta cobertura es válida si la compra del Suplemento se realiza por lo menos 72 horas antes de la cita para la obtención de la visa ante la embajada respectiva. No aplica para los costos de los trámites consulares (costo de la visa).

El Proveedor de Asistencia podrá requerir lo siguiente:

Comprobantes de venta de los prestadores del viaje, donde se indique el valor reembolsable y el valor no reembolsable de cada uno de sus servicios y una declaración jurada de no recibo de ningún otro reintegro. De la indemnización se deducirá cualquier compensación que el Asegurado o Beneficiario haya recibido de cualquiera de los prestadores por razón de ese mismo evento. La compensación se limita a la suma asegurada contratada.

El Asegurado deberá presentar la documentación y respaldos necesarios para la evaluación de su compensación hasta 12 meses después de ocurrido el evento. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún tipo de compensación.

Carta explicativa con las razones de la Cancelación del Viaje o Interrupción del Viaje, y la negociación resultante entre el Asegurado y la Operadora de Viaje con la cual se celebró el Contrato de Viaje, referente a la devolución de los valores pagados o adeudados;

1. Exclusiones

a) Si el proveedor hotelero, aerolínea o cualquier otro operador turístico le ofrece al Asegurado la opción de dejar abiertas las fechas, reprogramar, crédito a favor, entre otras soluciones, aun si el Asegurado rechaza dicha opción.

b) Cancelaciones de viaje informadas a la Central de Asistencia y/o COMPAÑÍA dentro de las 48 horas antes del comienzo del viaje.

2. Documentos Para Reclamar

Documentos Necesarios Para Obtener La Garantía Por Cancelación, Reprogramación Y/O Interrupción

Por fallecimiento del Asegurado o de un familiar directo con igual residencia habitual en su país de origen.

- Certificado de defunción y/o acta de levantamiento del cadáver.
- Certificado médico de la enfermedad y/o afectación física, origen y causa de fallecimiento.
- Estudios clínicos que pueda proporcionar el pasajero
- Informe médico
- Documento que acredite el parentesco.
- Además, en caso de aplicarse la Cobertura para RETORNO DE MENORES o REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE POR FALLECIMIENTO:
- Copia del pasaje de vuelta a nombre del compañero de viaje o de ida y vuelta a nombre del acompañante designado para el RETORNO DE MENORES;

Accidente o enfermedad grave* del Asegurado o de un familiar directo con igual residencia habitual en su país de origen:

- Informe médico completo Certificado emitido por el médico tratante, donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico. En caso de COVID-19, prueba con el respectivo resultado.
- Estudios y/o análisis médicos.
- Recetas médicas debidamente requisitadas por el médico.
- Comprobantes de pago de los gastos incurridos a consecuencia de la asistencia médica y/o compra de medicamentos en donde se visualicen los ítems adquiridos de acuerdo con la receta médica.

- Recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de pago de los gastos médicos.
- Copia de pasaporte o documento de identidad.

Convocatoria como parte, testigo de un tribunal que le imposibilite viajar en la fecha consignada en el CERTIFICADO – VOUCHER, o

Citatorios emitido por la autoridad competente donde se justifique su presencia y la fecha en que fue citado.

- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Convocatoria como miembro de mesa electoral en elecciones de Gobierno Nacional o Municipal
- Formato de Reclamación.
- Certificado Electoral emitido por el Tribunal Supremo de Elecciones.
- Copia de pasaporte o documento de identidad.

Atención de emergencia por parto de la asegurada o de la cónyuge y/o compañera permanente del ASEGURADO.

- Formato de Reclamación.
- Registro Civil de Nacimiento o Certificado de la Clínica.
- Entidad Médica que atendió el parto y/o reporte médico.
- Certificación de cuenta bancaria de los Asegurados.

Complicaciones del embarazo de la ASEGURADO, antes de la semana 30, y que a juicio del Departamento Médico del PROVEEDOR se encuentre imposibilitada de iniciar el viaje.

- Formato de Reclamación.
- Registro Civil de Nacimiento o Certificado de la Clínica.
- Entidad Médica que atendió el parto y/o reporte médico.
- Certificación de cuenta bancaria de los Asegurados.

Pérdida de documentos 48 hrs antes de la salida

- Formato de Reclamación.
- Denuncia ante la Autoridad Competente.
- Copia del nuevo pasaporte.
- Certificación de cuenta bancaria de los Asegurados.

Despido laboral comprobado con fecha posterior a la emisión del CERTIFICADO- VOUCHER

- Carta laboral membretada firmada y sellada por el departamento de recursos humanos del despido laboral donde indique la causa y fecha.

Cancelación de boda de ASEGURADO (s)
Cancelación de boda de el / los ASEGURADO (S).

- Constancia de tramitación de boda ante la autoridad civil y/o eclesiástica.
- Constancia de cancelación en original ante la autoridad civil y/o eclesiástica.

Daño en vivienda.

- Formato de Reclamación.
- Certificado de Autoridad Competente donde se detalle el hecho sucedido.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Certificación de cuenta bancaria de los Asegurados.

Desastres naturales.

- Formato de Reclamación.
- Certificado de Autoridad Competente donde se detalle el hecho sucedido.
- Certificación de cuenta bancaria de los Asegurados.

No aprobación de visa.

- Formato de Reclamación.
- Fotocopia del pasaporte.
- Carta de negación de visado.

DEMORA DE VIAJE

Se brindará hospedaje, traslado y alimentación en que incurra el Asegurado exclusivamente con motivo de atraso del Viaje, hasta la Suma Asegurada indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y sujeto al Monto Máximo Garantizado, en caso de que el Viaje sufra un atraso de acuerdo con el tiempo establecido mediante endoso a la documentación contractual que acompañe a la póliza, debido a:

a) Retraso por huelga u otro conflicto laboral de los empleados del Proveedor de Asistencia aérea regular, programada para ser utilizada por el Asegurado durante su Viaje;

b) Retraso causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del avión asignado al vuelo regular, que causó el retraso o la interrupción del servicio programado.

Nota Importante:
El Beneficio se limita a brindar la alimentación y hospedaje que no hayan sido pagados por el Transporte Aéreo, mientras se mantenga el atraso.

Este Beneficio se refiere exclusivamente a vuelos regulares de Transporte Aéreo, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o "chárter".

Este servicio solo se prestará fuera del país donde se emitió el CERTIFICADO – VOUCHER, en una ciudad de tránsito que esté a más de 100km del lugar de residencia habitual del Asegurado.

1. Documentos Para Reclamar

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:
Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque;

Comprobantes originales de los gastos de alimentación y alojamiento respecto de los cuales se solicita el reembolso;

Declaración de El Proveedor de Asistencia de Transporte Aéreo respecto del atraso.

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD:

Se brindará atención odontológica por Accidente y/o Enfermedad de Carácter Súbito requerida por el Asegurado durante el Viaje. El primer tratamiento deberá realizarse en el extranjero durante el Viaje y deberá comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la ocurrencia del Accidente o Enfermedad de Carácter Súbito o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo y repentino en dientes naturales del Asegurado. Incluye los arreglos o substituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de una Lesión.

Se contemplan solamente de los gastos por atención odontológica de urgencia, limitada al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente. Esta cobertura es acumulativa y no por evento. Los gastos por el tratamiento odontológico y los servicios suministros correspondientes serán brindados por el Proveedor de Servicios hasta la Suma Asegurada respectiva establecida en el CERTIFICADO - VOUCHER según hayan tenido su origen en un Accidente o en una Enfermedad de Carácter Súbito, todo ello sujeto al Monto Máximo Garantizado. Esta cobertura sólo se extenderá por un período de treinta (30) días naturales contados desde la fecha del primer tratamiento, pudiendo continuar el tratamiento y la cobertura de este en el país de residencia del Asegurado, pero siempre dentro del plazo mencionado.

1. Exclusiones

a. **Cualquier tratamiento rutinario o que no sea Médicamente Necesarios.**
b. **Tratamientos rejuvenecedores, estéticos o de ortodoncia, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de una Lesión).**
c. **Servicios y suministros odontológicos en la ciudad de residencia del Asegurado fuera del plazo de los treinta (30) días naturales contados desde la fecha desde la fecha del primer tratamiento.**
d. **Los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales o cualquier otro tratamiento no especificado se encuentran excluidos de los BENEFICIOS.**

2. Documentos Para Reclamar

A. Certificado extendido por el médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico;
B. Facturas de pago del hospital-médico.
C. Expediente clínico que soporte el caso atendido en el hospital.

EXTRAVÍO DE EQUIPAJE:

En caso de extravío, hurto o robo de Equipaje del Asegurado, que haya sido registrado en bodega y que se encuentre bajo la responsabilidad de un operador de Transporte Público Autorizado, , el Proveedor de Asistencia pagará hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida o su equivalente, descontando aquellos pagos efectuados por la operadora de Transporte Público Autorizado a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la Suma Asegurada total indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y al Monto Máximo Garantizado.

1. Exclusiones Extravío Y Retraso De Equipaje

Se excluyen las siguientes situaciones:

a) Equipaje confiscado o retenido por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
b) Cuando el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para recuperar el Equipaje perdido.
c) El Asegurado sea un funcionario o empleado o miembro de la tripulación del medio de transporte que dio origen al acontecimiento.
d) Cuando el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio.

2. Documentos Para Reclamar

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

1. Reporte de Irregularidades de Equipaje.
2. Bag Tag foto frente y vuelta
3. Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.
4. Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.
5. Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancaria o departamental).
6. Listado de artículos que llevaba en el equipaje, especificando modelo, marca y monto aproximado.

MEDICAMENTOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DURANTE EL VIAJE:

Se proporcionarán los medicamentos que, en virtud de una atención médica u odontológica cubierta por esta Póliza, sean medicamente necesarios, sujeta al Monto Máximo Garantizado y hasta la Suma Asegurada indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER, siempre que dichos medicamentos hayan sido requeridos con motivo de un Accidente ocurrido o Enfermedad de Carácter Súbito contraída durante el Viaje y hayan sido prescritos por un Médico.

Nota: Las prescripciones médicas destinadas a la recuperación inicial de los síntomas sólo serán autorizadas por los primeros 30 días de tratamiento. Nota: Las prescripciones médicas destinadas a la recuperación inicial de los síntomas sólo serán autorizadas por los primeros 30 días de tratamiento

1. Exclusiones

a) Medicamentos que no hayan sido recetados o prescritos como Médicamente Necesarios por un Médico;

b) Medicamentos adquiridos o requeridos en la ciudad de residencia del Asegurado;

2. *Documentos Para Reclamar*:

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

Certificado extendido por el médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y receta médica.

Facturas o comprobantes de las medicinas.

PÉRDIDA DEFINITIVA O DAÑO DE EQUIPAJE DOCUMENTADO

En caso de extravío, hurto o robo de Equipaje del Asegurado, que haya sido registrado en bodega y que se encuentre bajo la responsabilidad de un operador de Transporte Público Autorizado, el Proveedor de Asistencia pagará hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida o su equivalente, descontando aquellos pagos efectuados por la operadora de Transporte Público Autorizado a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la Suma Asegurada total indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y al Monto Máximo Garantizado.

Si las maletas del TITULAR sufrieran algún tipo de daño que deje expuestos los elementos que se encuentran en su interior, así como la violación de sus cerraduras con los mismos efectos, a el Proveedor de Asistencia otorgará al TITULAR la suma indicada según los topes del producto contratado.

Para hacer efectivo este BENEFICIO debe verificarse que la rotura haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que deba ser entregado al Beneficiario al desembarcar, debe haber sido informado a la Central de Servicios de Asistencias de El Proveedor de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro y el TITULAR deberá presentar a el Proveedor de Asistencia el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea los comprobantes originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.

Incluye Carry Ons/ Equipaje documentado/ Equipo deportivo/ Instrumentos/ Carriolas/ Sillas de ruedas hasta 5 piezas.

Este servicio del PLAN DE ASISTENCIA no se brindará en el viaje de regreso al País de residencia habitual del TITULAR o país emisor del CERTIFICADO o VOUCHER.

1. Exclusiones

a) Quedan excluidos dentro de esta cobertura los siguientes Bienes:

b) Alfombras y Tapetes.

c) Animales de cualquier especie.

d) Artículos que se presuman para reventa y/o comercio, salvo prueba en contrario y que no sean de uso personal.

e) Audífonos, prótesis auditivas, dientes artificiales, dentaduras, accesorios médicos y dentales y aparatos ortopédicos, anteojos y lentes de contacto.

f) Cheques y cheques de Hospedaje Temporal, billetes de banco monedas, títulos, órdenes postales, timbres postales o fiscales letras, pagarés, tickets de Hospedaje Temporal, boletos de entrada a eventos de entretenimiento, obligaciones o documentos de cualquier clase, libros de contabilidad y libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras.

g) Equipaje cuando haya sido enviado como flete o mensajería.

h) Equipaje cuando hasta sido enviado con anterioridad de la fecha prevista de salida de vuelo del Usuario e indicado en el Boleto de Avión emitido por la Aerolínea.

i) Pasaportes, Visa, documentos de identidad personal, boletos de transporte, actas y otros documentos como escrituras, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas de débito, tarjetas de pago, valores negociables, oro, plata, sellos y llaves.

2. Documentos Para Reclamar

1. Reporte de Irregularidades de Equipaje.
2. Bag Tag foto frente y vuelta
3. Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.
4. Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.
5. Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancaria o departamental).

6. Listado de artículos que llevaba en el equipaje, especificando modelo, marca y monto aproximado.

7. Fotografías del daño de equipaje

PÉRDIDA O DAÑO DE EQUIPAJE DEPORTIVO DOCUMENTADO

De aparecer esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, se cubre el equipo deportivo que haya sido registrado en bodega y que se encuentre bajo la responsabilidad de un operador de Transporte Público Autorizado) en caso de pérdida, robo o daño. Se cubrirá el valor factura del equipaje deportivo hasta la suma asegurada contratada, en caso de no contar con la misma se cubrirá el 75% del valor comercial del equipo.
Para los efectos de esta sección la suma asegurada opera como sigue y se encuentra estipulada en la carátula de la póliza:
Artículos perdidos a valor real de los bienes a la fecha de la pérdida con límite en la suma asegurada contratada y estipulada en la carátula de la póliza.
Artículos dañados. El costo de reparación de estos, con límite máximo en el valor real de los bienes al momento del siniestro.

1. Exclusiones

1. **Quedan excluidos dentro de esta cobertura los siguientes Bienes:**

2. **Alfombras y Tapetes.**

3. **Animales de cualquier especie.**

4. **Artículos que se presuman para reventa y/o comercio, salvo prueba en contrario y que no sean de uso personal.**

5. **Audífonos, prótesis auditivas, dientes artificiales, dentaduras, accesorios médicos y dentales y aparatos ortopédicos, anteojos y lentes de contacto.**

6. **Cheques y cheques de Hospedaje Temporal, billetes de banco monedas, títulos, órdenes postales, timbres postales o fiscales letras, pagarés, tickets de Hospedaje Temporal, boletos de entrada a eventos de entretenimiento, obligaciones o documentos de cualquier clase, libros de contabilidad y libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras.**

7. **Equipaje cuando haya sido enviado como flete o mensajería.**

8. **Equipaje cuando hasta sido enviado con anterioridad de la fecha prevista de salida de vuelo del Usuario e indicado en el Boleto de Avión emitido por la Aerolínea.**

9. **Pasaportes, Visa, documentos de identidad personal, boletos de transporte, actas y otros documentos como escrituras, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas de débito, tarjetas de pago, valores negociables, oro, plata, sellos y llaves.**

2. Documentos Para Reclamar

1. Reporte de Irregularidades de Equipaje.
2. Bag Tag foto frente y vuelta
3. Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.
4. Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.
5. Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancaria o departamental).
6. Listado de artículos que llevaba en el equipaje, especificando modelo, marca y monto aproximado.
7. Fotografías del daño de equipaje

RETRASO DE EQUIPAJE

Se reembolsarán los gastos por compras de artículos personales de primera necesidad, no provistos por el Transporte Aéreo, a causa del retraso o extravío del Equipaje del Asegurado, una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una operadora de Transporte Público Autorizado. Para obtener el reembolso, el Asegurado deberá acreditar el retraso o extravío mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida o su equivalente. El Proveedor de Asistencia otorgará este Beneficio cuando el Equipaje no haya sido entregado al Asegurado dentro del período estipulado mediante endoso a la documentación contractual que acompaña a la póliza al horario de llegada del Asegurado al destino indicado en su boleto de Transporte Aéreo. Este Beneficio se encuentra limitado a la Suma Asegurada indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y sujeto al Monto Máximo Garantizado.

Artículos de primera necesidad cubiertos, tales como:
Artículos de Higiene personal: cepillo dental, pasta dental, toallas sanitarias, crema de afeitar, desodorante, rasuradora (no eléctrica), cepillo de cabello, shampoo, acondicionador de cabello, jabón de baño, crema hidratante.
Ropa: ropa interior, calcetines, pijamas, pantalones, camiseta, falda, vestido, short, sweater, chamarra y/o camisa.

Zapatos: tenis, sandalias, botas y/o zapatos de vestir,

1. Exclusiones

a) No se otorgará este Beneficio en caso de que el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio.
b) Alfombras y Tapetes.
c) Animales de cualquier especie.
d) Artículos que se presuman para reventa y/o comercio, salvo prueba en contrario y que no sean de uso personal.
e) Audífonos, prótesis auditivas, dientes artificiales, dentaduras, accesorios médicos y dentales y aparatos ortopédicos, anteojos y lentes de contacto.
f) Cheques y cheques de Hospedaje Temporal, billetes de banco monedas, títulos, órdenes postales, timbres postales o fiscales letras, pagarés, tickets de Hospedaje Temporal, boletos de entrada a eventos de entretenimiento, obligaciones o documentos de cualquier clase, libros de contabilidad y libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras.
g) Equipaje cuando haya sido enviado como flete o mensajería.
h) Equipaje cuando hasta sido enviado con anterioridad de la fecha prevista de salida de vuelo del Usuario e indicado en el Boleto de Avión emitido por la Aerolínea.
i) Pasaportes, Visa, documentos de identidad personal, boletos de transporte, actas y otros documentos como escrituras, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas de débito, tarjetas de pago, valores negociables, oro, plata, sellos y llaves.

2. Documentos Para Reclamar

1. Reporte de Irregularidades de Equipaje.

2. Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.

3. Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.

4. Copia de los comprobantes de los gastos efectuados mencionando cada concepto por motivo de la demora. Tickets / Facturas / Recibos/ Cargos en el Estado de Cuenta que los soporten.

Nota Importante:

El Beneficio está limitado al reembolso de gastos por la compra de artículos básicos de vestuario e higiene personal exclusivamente, que no hayan sido pagados por el Transporte Público Autorizado mientras dure el retraso.

Del Beneficio a ser indemnizado serán descontados aquellos pagos efectuados por el Transporte Público Autorizado al Asegurado a título indemnizatorio.

SAQUEO DE EQUIPAJE DOCUMENTADO

En caso de robo del Equipaje documentado del Asegurado, que este haya sido facturado mediante VOLARIS y que se encuentre bajo la responsabilidad del operador de Transporte Público Autorizado, el Proveedor de Asistencia pagará hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida o su equivalente, descontando aquellos pagos efectuados por la operadora de Transporte Público Autorizado a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la Suma Asegurada total indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y al Monto Máximo Garantizado.

1. Exclusiones

a) **No se otorgará este Beneficio en caso de que el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio.**
b) **Alfombras y Tapetes.**
c) **Animales de cualquier especie.**
d) **Artículos que se presuman para reventa y/o comercio, salvo prueba en contrario y que no sean de uso personal.**
e) **Audífonos, prótesis auditivas, dientes artificiales, dentaduras, accesorios médicos y dentales y aparatos ortopédicos, anteojos y lentes de contacto.**
f) **Cheques y cheques de Hospedaje Temporal, billetes de banco monedas, títulos, órdenes postales, timbres postales o fiscales letras, pagarés, tickets de Hospedaje Temporal, boletos de entrada a eventos de entretenimiento, obligaciones o documentos de cualquier clase, libros de contabilidad y libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras.**
g) **Equipaje cuando haya sido enviado como flete o mensajería.**
h) **Equipaje cuando hasta sido enviado con anterioridad de la fecha prevista de salida de vuelo del Usuario e indicado en el Boleto de Avión emitido por la Aerolínea.**
i) **Pasaportes, Visa, documentos de identidad personal, boletos de transporte, actas y otros documentos como escrituras, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas de débito, tarjetas de pago, valores negociables, oro, plata, sellos y llaves.**

2. Documentos Para Reclamar

1. Reporte de Irregularidades de Equipaje.
2. Bag Tag foto frente y vuelta
3. Comprobante de documentación de la empresa transportista comercial o de la empresa de hospedaje que contrató.
4. Copia de la indemnización por parte de la empresa transportista comercial o de empresa de hospedaje.
5. Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancaria o departamental).
6. Listado de artículos que llevaba en el equipaje, especificando modelo, marca y monto aproximado.
7. Fotografías del equipaje afectado.

ROBO DE EQUIPAJE DE MANO Y/O OBJETO PERSONAL

En caso de robo del Equipaje de mano del Asegurado, que este haya sido facturado mediante El CONTRATANTE y que se encuentre bajo la responsabilidad del operador de Transporte Público Autorizado, el Proveedor de Asistencia pagará hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida o su equivalente, descontando aquellos pagos efectuados por la operadora de Transporte Público Autorizado a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la Suma Asegurada total indicada en el CERTIFICADO - VOUCHER y al Monto Máximo Garantizado.

En caso de robo de Objeto personal aplica siempre y cuando haya ocurrido dentro del aeropuerto.

Equipaje de mano: Es el que lleva el Asegurado durante el viaje cuyas dimensiones son máximas 55 x 40 x 25 cm. y/o objeto personal cuyas dimensiones máximas son 35x45x20cm.

1. Exclusiones

a) **No se otorgará este Beneficio en caso de que el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio.**
b) **Alfombras y Tapetes.**

c) Animales de cualquier especie.

d) Artículos que se presuman para reventa y/o comercio, salvo prueba en contrario y que no sean de uso personal.

e) Audífonos, prótesis auditivas, dientes artificiales, dentaduras, accesorios médicos y dentales y aparatos ortopédicos, anteojos y lentes de contacto.

f) Cheques y cheques de Hospedaje Temporal, billetes de banco monedas, títulos, órdenes postales, timbres postales o fiscales letras, pagarés, tickets de Hospedaje Temporal, boletos de entrada a eventos de entretenimiento, obligaciones o documentos de cualquier clase, libros de contabilidad y libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras.

g) Equipaje cuando haya sido enviado como flete o mensajería.

h) Equipaje cuando haya sido enviado con anterioridad de la fecha prevista de salida de vuelo del Usuario e indicado en el Boleto de Avión emitido por la Aerolínea.

i) Pasaportes, Visa, documentos de identidad personal, boletos de transporte, actas y otros documentos como escrituras, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas de débito, tarjetas de pago, valores negociables, oro, plata, sellos y llaves.

2. Documentos Para Reclamar Robo de Equipaje de Mano

a) Acta del Ministerio Público con la narración de hechos o el Equivalente en la entidad donde se suscitaron los hechos (CERTIFICADA).
b) Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancaria o departamental).
c) Listado de artículos que llevaba en el equipaje, especificando modelo, marca y monto aproximado.

3. Documentos para Reclamar Robo de Objeto Personal

a) Acta ante la autoridad que aplique en caso de un robo, el equivalente en la entidad donde se suscitaron los hechos, con la narración de hechos. (certificada)
b) Comprobante de la existencia de los bienes (como tickets, recibos, facturas, cargos en un estado de cuenta ya sea bancaria o departamental)
c) Listado de artículos que llevaba en el objeto personal, especificando modelo, marca y monto aproximado.
d) Esta cobertura se encuentra limitada a que el robo haya sido dentro del aeropuerto.

RESGUARDO DE MASCOTA

El Proveedor de Asistencia brindara el resguardo de la mascota en el país de residencia del Asegurado hasta por la duración del seguro contratado, ampliándose a lo definido en la sección de Demora de Viaje de estas condiciones generales; sin exceder de 30 (treinta) días naturales acumulables por año y/o por evento. Esta cobertura aplica siempre y cuando el Asegurado quien es el dueño de la mascota se encuentre de viaje. Aplica únicamente para perros y gatos domésticos

GASTOS MÉDICOS O LA MUERTE DE LA MASCOTA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Gastos médicos o la muerte de la mascota a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente cuando viaje junto con el Asegurado. El Proveedor de Asistencia cubrirá los gastos de asistencia veterinaria necesaria, como las consultas, medicación, intervenciones quirúrgicas, entre otros, siempre y cuando se trate de una emergencia comprobable y haya sido causada bajo un accidente o enfermedad o preexistente.
En caso de fallecimiento de la mascota, el Proveedor de Asistencia cubrirá la repatriación funeraria por medio de compensación, tomando a su cargo los gastos de: féretro obligatorio para transporte internacional, trámites administrativos y transporte del cuerpo por el medio que considere más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del propietario de la mascota, el mismo que figura en el CERTIFICADO – VOUCHER.

El presente inciso puede extenderse para animales de servicio o de apoyo emocional, entendiéndose por estos; perro guía, monos y caballos miniatura los cuales deben de estar perfectamente entrenados y cumplir con los requisitos que determine la empresa transportista comercial.

1. ***Exclusiones*:**

a) No se cubrirá ningún tipo de controles, exámenes investigativos, consultas médicas en general, estudios médicos, etc., que no sean de emergencia.
b) Vacunas y/o desparasitación.
c) Enfermedades resultantes de la falta de desparasitación o vacunas.
d) Mascotas en gestación.
e) Mascotas que, al momento del viaje se presenten enfermas o en tratamiento médico.
f) Mascotas que no cuenten con la cartilla de vacunación completa y vigente.
g) Mascotas que no cumplan con las normas y requerimientos legales para traslado internacional.

DAÑO AL KENNEL

Esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza, se cubre el daño no provocado por la mascota al KENNEL que haya sido registrado en bodega y que se encuentre bajo la responsabilidad del contratante.

KENNEL: Contenedor o trasportín utilizados para transportar mascotas que cumple con los requisitos de la IATA (Asociación Internacional de Transporte Aéreo.

Para hacer efectivo este BENEFICIO debe verificarse que el daño haya ocurrido entre el momento en que el KENNEL fue embarcado y el momento en que deba ser entregado al Beneficiario al desembarcar, debe haber sido informado al Proveedor de Asistencias dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro y el TITULAR deberá presentar al Proveedor de Asistencias el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea.

PÉRDIDA O ROBO DE DOCUMENTOS PERSONALES

El Proveedor de Servicios solventará en caso de pérdida o hurto de documentos personales el costo de la reexpedición de su pasaporte en el extranjero. El evento debe haber sido informado a la Central de Servicios de Asistencias del Proveedor de Servicios dentro de las 24 horas de ocurrido.

1. Documentación para tramitar la cobertura:

- Formato de Reclamación.
- Denuncio ante la Autoridad Competente.
- Copia del nuevo pasaporte.
- Estado de cuenta bancaria con vigencia menor a tres meses

APOYO ECONÓMICO PARA CAMBIO DE VUELO EN CASO DE REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO EN EL HOGAR

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un TITULAR, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, el PROVEEDOR tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista desde el lugar en que EL TITULAR se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia. Esta solicitud de Asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central de Asistencias del PROVEEDOR del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro horas siguientes al suceso.

No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del CERTIFICADO o VOUCHER se encuentra vencido.

Esta garantía no tendrá aplicación si es a consecuencia de un evento que tenga origen o se produzca a consecuencia de una causa que se encuentre expresada en el artículo VIII

"Circunstancias excepcionales y/o de fuerza mayor" o en el artículo V. Exclusiones Generales.

Tanto para esta garantía o BENEFICIO como para cualquier otra que comporte la no utilización del boleto de transporte inicialmente previsto por el TITULAR, el PROVEEDOR recuperará siempre dicho boleto de transporte y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre él y el que imponga la prestación de Asistencia.

1. Documentos Requeridos En Caso De Regreso Anticipado Por Siniestro En Domicilio Del Titular

- Voucher / Certificado del Proveedor de Asistencia

- Formato reclamación (en el caso de los menores de edad debe venir firmado por el padre o tutor)

- Documento expedido por la autoridad competente que certifique el evento catastrófico ocurrido en el domicilio

- Comprobante de pago por gastos incurridos en compra o cambio de tiquete aéreo para regresar al país de origen Ticket aéreo adquirido Itinerario original de viaje
- Copia del pasaporte o documento de identidad.
- Estado de cuenta bancaria con vigencia menor a tres meses

CONSULTAS MEDICAS A DOMICILIO

Descripción: Se prestarán en caso de accidente o enfermedad repentina aguda e imprevista del TITULAR, siempre teniendo en cuenta que el objeto de este contrato no es el tratamiento definitivo sino la continuación del viaje o la repatriación al país de origen, en donde el TITULAR podrá tratarse definitivamente por su propia cuenta y/o plan de salud y/o póliza de seguro y/o obra social y/o empresa de medicina prepaga. El PROVEEDOR se reserva el derecho de escoger la más adecuada de las opciones de tratamiento propuestas por el equipo médico tratante.

Cuando el TITULAR, sufriera un evento durante la vigencia del VOUCHER y su internación fuera mayor que la vigencia de este, el PROVEEDOR cubrirá solamente los gastos por hospitalización, dentro de la cobertura de gastos médicos por enfermedad y/o accidente bajo el siguiente escenario:

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad del PROVEEDOR una vez el TITULAR regrese a su lugar de residencia o expire el periodo de validez del plan de asistencia contratado.

"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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de Noviembre de 2024, con el número CNSF-S0119-0391-2024/CONDUSEF-006630-01".