

Elite  
Médicos

CHUBB®

**Contenido**

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Qué Hacer en Caso de Reclamación?                                         | 5  |
| Sección Primera                                                            |    |
| Disposiciones Particulares                                                 | 8  |
| Cláusula 1ª. Cobertura Contratada                                          | 8  |
| Cláusula 2ª. Definiciones                                                  | 10 |
| Cláusula 3ª. Exclusiones                                                   | 12 |
| Cláusula 4ª. Límite de Responsabilidad                                     | 16 |
| Cláusula 5ª. Deducible                                                     | 16 |
| Cláusula 6ª. Reglas Sobre Notificación y Comunicación                      | 17 |
| Cláusula 7ª. Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación     | 18 |
| Cláusula 8ª. Distribución                                                  | 19 |
| Cláusula 9ª. Prórroga para Notificaciones                                  | 19 |
| Cláusula 10ª. Cláusula de Cancelación                                      | 20 |
| Cláusula 11ª. Conservación del Estado del Riesgo y Notificación de Cambios | 20 |
| Cláusula 12ª. Concurrencia de Seguros                                      | 21 |
| Cláusula 13ª. Comunicaciones y Representatividad                           | 22 |
| Cláusula 14ª. Cesión                                                       | 22 |
| Cláusula 15ª. Delimitación Temporal                                        | 22 |
| Endoso 1. (Uso de Sangre)                                                  | 23 |
| Endoso 2. (Transporte de Pacientes en Ambulancias y/o aeronaves)           | 24 |
| Endoso 3. (Visitas a Domicilio)                                            | 25 |
| Endoso 4. (Uso y Mantenimiento)                                            | 26 |
| Endoso 5. (Asegurado Adicional)                                            | 27 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Endoso 6. (Defensa Legal)                                                        | 28 |
| Endoso 7. (Exclusión de Circunstancias Específicas)                              | 29 |
| Sección Segunda                                                                  |    |
| Disposiciones Generales                                                          | 30 |
| Cláusula 1ª. Pago de Primas                                                      | 30 |
| Cláusula 2ª. Fraude o Dolo                                                       | 30 |
| Cláusula 3ª. Renovación                                                          | 30 |
| Cláusula 4ª. Pérdidas en Moneda Extranjera                                       | 30 |
| Cláusula 5ª. Subrogación y Repetición                                            | 30 |
| Cláusula 6ª. Consentimiento para Negociar                                        | 31 |
| Cláusula 7ª. Modificaciones y Cambios en los<br>Términos de la Póliza            | 31 |
| Cláusula 8ª. Formulario de Solicitud                                             | 31 |
| Cláusula 9ª. Legislación Aplicable al<br>Contrato de Seguro                      | 31 |
| Cláusula 10ª. Competencia                                                        | 31 |
| Cláusula 11ª. Prescripción                                                       | 32 |
| Cláusula 12ª. Jurisdicción                                                       | 32 |
| Cláusula 13ª. Delimitación Territorial                                           | 32 |
| Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones<br>a Intermediarios o Personas Morales | 32 |
| Cláusula 15ª. Artículo 25 de la Ley<br>Sobre el Contrato de Seguro               | 32 |
| Cláusula 16ª. Pago de la Indemnización                                           | 33 |
| Cláusula 17ª. Interés Moratorio                                                  | 33 |
| Glosario de Preceptos Legales                                                    | 33 |

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes,<br>Asegurados y Beneficiarios (Daños) | 34 |
| ¿Qué Hacer en Caso de Siniestro?                                                           | 35 |
| Cláusula OFAC                                                                              | 36 |
| Aviso de Privacidad                                                                        | 37 |
| Cláusula de Agravación del Riesgo                                                          | 38 |

## ¿Que Hacer en Caso de Reclamación?

---

Si necesita reportar un siniestro de Propiedad, Responsabilidad Civil, Líneas Financieras o Transporte puede utilizar alguno de estos medios:

- En la República Mexicana favor de comunicarse al **800 800 02 23** y **55 5061 6222**
- Desde cualquier parte del mundo: **(52) (81) 8048 5200**
- Contacte a su agente
- Envíe un correo a: [FNOLMexico.Claims@Chubb.com](mailto:FNOLMexico.Claims@Chubb.com)

### Agradeceremos el mismo, en el momento en que:

- a) Exista una situación grave, de muerte o de características irreversibles para la salud del Paciente sin esperar una reclamación formal por parte del mismo Paciente y/o de cualquiera de sus familiares.
- b) Se suscite cualquiera de los siguientes incidentes médicos:
  - i. Muerte por eventos adversos anestésicos.
  - ii. Daño cerebral permanente por eventos adversos anestésicos.
  - iii. Muerte no esperada durante la internación.
  - iv. Lesión traumática durante cirugía.
  - v. Error/retraso en el diagnóstico de apendicitis que deriva en peritonitis.
  - vi. Complicaciones de cirugía traumatológica que culminan en amputación.
  - vii. Daños por shock hipovolémico postoperatorio.
  - viii. Lesión de vía biliar en colecistectomía.
  - ix. Tromboembolismo pulmonar post cirugía.
  - x. Evisceración aguda.
  - xi. Dehiscencia de sutura intestinal con peritonitis.
  - xii. Error de lado/sitio quirúrgico.
  - xiii. Oblito.
  - xiv. Sepsis post operatoria.
  - xv. Fascitis necrotizante postoperatoria.
  - xvi. Tétanos quirúrgico.
  - xvii. Fractura ósea mal consolidada.
  - xviii. Daños por retraso o error en el tratamiento de fracturas expuestas.
  - xix. Daños por errores transfusionales.
  - xx. Caída con lesiones durante la internación.
  - xxi. Suicidio en instituciones psiquiátricas.
  - xxii. Síndrome de muerte súbita del lactante.
  - xxiii. Re-internación dentro de las 24 o 48 horas de externación de paciente quirúrgico, incluyendo infecciones.
  - xxiv. Solicitud de historia clínica por parte del Paciente y/o cualquiera de sus familiares, abogado o representante legal.
  - xxv. Quemaduras severas.
  - xxvi. Pérdida parcial o total de la visión.
  - xxvii. Muerte neonatal post parto complicado.
  - xxviii. Parálisis cerebral o daño neurológico post parto complicado.
  - xxix. Parálisis braquial post parto complicado.
  - xxx. Muerte de la madre post parto.
  - xxxi. Histerectomía por hemorragia o infección durante el puerperio.
  - xxxii. Insuficiencia renal aguda en el post parto.
  - xxxiii. Daños maternos por mal manejo de toxemia, gestosis o eclampsia.

- xxxiv. Daños por error/retraso en el diagnóstico de embarazo ectópico.
- xxxv. Inadecuado manejo de feto muerto y retenido.
- xxxvi. Daños por perforación accidental del útero.
- xxxvii. Re-internación dentro de las 24 o 48 horas de externación post parto.

- c) Considere que existe riesgo de alguna posible Reclamación por parte de un Paciente al que haya atendido y/o cualquiera de sus familiares, abogado o representante legal.
- d) Cuando algún Paciente y/o cualquiera de sus familiares, abogado o representante legal, le adviertan o lo amenacen con una posible Reclamación y/o se acerquen a pedirle que responda económicamente por algún daño o lesión alegado.
- e) Cuando reciba cualquier escrito o documento que alegue un supuesto daño o lesión al Paciente y/o sea notificado formalmente de cualquier procedimiento legal de orden judicial o administrativo emitido por autoridad competente o cualquiera que se relacione con un posible daño causado en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales.

**2. En el momento de que realice su reporte telefónico, le requerirán la información que contiene su Póliza, por lo que le pedimos atentamente la tenga siempre a la mano junto con otros datos que le serán requeridos en caso de una emergencia:**

- a) El operador del CAP (Centro de Atención Permanente) le solicitará los siguientes datos:
  - Nombre completo.
  - Números telefónicos de contacto.
  - Número de Póliza y/o número de certificado de cobertura y nombre del Contratante de la Póliza en caso de estar Asegurado mediante un programa grupal.
  - Vigencia de la Póliza.
  - Especialidad.
  - Nombre del Reclamante.
  - Detalle de la mala praxis médica alegada.
  - Fecha de ocurrencia.
  - Lugar en donde realiza su práctica profesional y/ en donde se realizó la supuesta mala praxis.
  - Instancia ante la cual lo están demandando (civil, penal, administrativa u otra) y, en su caso, la fecha en que fue citado ante alguna autoridad o en la que debe rendir informe o contestar alguna demanda.
- b) El operador del CAP le proporcionara el número de reporte que se generó al realizar su llamada, así mismo le indicara que en breve un abogado se comunicará con usted.
- c) El abogado que Chubb Seguros México, S.A. asigne al seguimiento de su Reclamación se comunicará con usted en un máximo de 30 minutos para ponerse a sus órdenes y brindarle una asesoría preliminar, así como para programar una cita para entrevistarse personalmente con usted lo antes posible.

**Tenga siempre en cuenta lo siguiente:**

- a) Lo más importante para su defensa legal o para identificar un posible daño será contar con **copia completa del expediente clínico y del consentimiento informado debidamente firmado por el Paciente**. Esta información es la base de su defensa y deberá encontrarse debidamente integrada de conformidad con los requisitos mínimos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
- b) Bajo ninguna circunstancia deberá presentarse a declarar ante una autoridad judicial o administrativa, ni siquiera como testigo, sin la presencia de un abogado asignado por Chubb Seguros México, S.A.

- c) Chubb Seguros México, S.A., es la única entidad autorizada para asignar abogados para la defensa legal del médico indiciado. No se permite la designación unilateral de abogados externos a la red de Chubb Seguros México, S.A., excepto en casos analizados previamente en conjunto con el Asegurado y exista una autorización expresa por parte de la Aseguradora.
- d) Quedan excluidos los acuerdos extrajudiciales de cualquier índole, excepto en aquellos casos en que sea más conveniente llegar a dicho acuerdo con base en el monto de la Reclamación y/o la severidad del siniestro, previo análisis y autorización expresa de Chubb Seguros México, S.A.
- e) El Asegurado se encuentra obligado a reportar cualquier Reclamación o posible Reclamación a Chubb Seguros México, S.A. dentro de un plazo máximo de 10 días naturales contados a partir de la fecha en que haya tenido conocimiento de la realización del mismo, exista una situación grave de muerte o de características irreversibles para la salud del Paciente o cualquier otra de las señas en el presente documento.
- f) Cualquier violación o contravención a los términos aquí expresados tendrá como consecuencia directa el rechazo de la Reclamación correspondiente.

# Elite Médicos

*Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla y/o mayúsculas a lo largo de esta Póliza, han sido definidas y deben ser entendidas indistintamente en su forma singular o plural de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.*

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente contestado por el **Contratante**, en la Carátula de la **Póliza**, los cuales forman parte de esta Póliza, y sujeto a las Disposiciones Generales y a las Disposiciones Particulares, Chubb Seguros México, S.A. y/o el **Contratante** y/o los **Asegurados** acuerdan lo siguiente:

## Sección Primera Disposiciones Particulares

### Cláusula 1ª. Cobertura Básica

---

#### Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

Por la presente **Póliza**, la **Aseguradora** pagará, en exceso del deducible, y hasta la suma asegurada contratada, la **Indemnización** y los **Gastos de Defensa** provenientes de una **Reclamación** presentada por primera vez en contra del **Asegurado** y derivada de un **Acto Médico Negligente** en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales** durante la **Vigencia de la Póliza** y/o durante la **Prórroga para Notificaciones**, en caso en que esta última sea contratada por el **Asegurado**.

Los **Actos Médicos Negligentes** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la **Fecha de Retroactividad** especificada tanto en las Disposiciones Particulares como en la Carátula de la **Póliza** y hasta el fin de la **Vigencia de la Póliza**.

En adición a lo establecido en el párrafo anterior, la **Póliza** amparará hasta por el Límite de Responsabilidad señalado en la Carátula de la **Póliza** y sujeto a los términos y condiciones de esta **Póliza**, lo siguiente:

#### Herederos legales

En el caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona física considerada como **Asegurado**, la presente **Póliza** se extenderá a cubrir la **Pérdida** proveniente de una **Reclamación** interpuesta contra la masa hereditaria, herederos o representantes legales del **Asegurado** por causa de un **Acto Médico Negligente** en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales** de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente **Póliza**.

#### Cónyuges

La cobertura se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona física considerada **Asegurado**, cuando su cónyuge deba asumir la **Pérdida** derivada de una **Reclamación** basada en un **Acto Médico Negligente** cometido por el **Asegurado** en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales** y que, como consecuencia, se pretenda obtener



**Indemnización** del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente **Póliza**.

#### **Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra los Asegurados**

La definición de **Gastos de Defensa** se extiende a cubrir hasta el límite de responsabilidad señalado en el punto 8 de la Carátula de la **Póliza**, los gastos y honorarios se generen en la defensa legal del **Asegurado** y en la comparecencia de los **Asegurados** en cualquier procedimiento administrativo o investigación formal relacionada con un **Acto Médico Negligente** de los Asegurados en la prestación de sus **Servicios Médicos Profesionales**.

#### **Responsabilidad Civil por Productos Suministrados y Uso de Instrumentos Médicos**

La presente **Póliza** se extiende a cubrir las responsabilidades derivadas del suministro, prescripción o administración de medicamentos o provisiones médicas o dentales así como el uso de instrumentos propios de la Medicina cuando el **Asegurado** los utilice y/o suministre en el desempeño de sus **Servicios Médicos Profesionales** especificados en la Carátula de la **Póliza** y/o Anexos. La presente Extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **Asegurado** en el uso de dichas herramientas médicas, en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas en conexión directa con los **Servicios Médicos Profesionales** que preste.

**La presente Extensión no cubrirá, de ninguna manera y en ningún caso, PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente al diseño o manufactura de bienes o productos vendidos, proporcionados o distribuidos por el Asegurado o por otro bajo su permiso o mediante licencia otorgada por el Asegurado.**

#### **Médico suplente**

Se cubre la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** de la misma especialidad que el **Asegurado** haya declarado a la **Aseguradora** en el Formulario de Solicitud de Seguro y que facilite en sustitución del **Asegurado**, un **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** distinto por un tiempo provisional determinado, siempre y cuando la **Aseguradora** cuente con prueba fehaciente de que la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales** en sustitución se hayan realizado por designación previa y libre del **Asegurado**.

Para dicho **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** suplente aplicarán todos los términos y condiciones de la presente **Póliza**.

#### **Empleados no profesionales**

Se cubrirán, hasta por el total de Límite de Responsabilidad, las **Reclamaciones** derivadas de las actividades realizadas por las personas físicas independientes y no profesionales contratadas por el **Asegurado**, siempre y cuando medie una prueba fehaciente de que la contratación se realizó antes de que se haya causado el daño. Esta Extensión de Cobertura aplica exclusivamente cuando los empleados no profesionales desarrollen labores directamente relacionadas con los **Servicios Médicos Profesionales** que presta el **Asegurado** cuando no constituyan en sí mismas **Actos Médicos** y cuando dichos servicios sean realizados en nombre, por orden y bajo la supervisión directa del **Asegurado**.

Se entiende que solamente un profesional o persona debidamente autorizada por autoridad competente podrá realizar un **Acto Médico**, sin embargo, les aplicarán a los empleados no profesionales todos los términos, condiciones y Exclusiones de la presente **Póliza** con excepción de la Exclusión 3.15.

#### **Periodo Extendido para Notificaciones en caso de Discapacidad o Muerte**

De acuerdo a las disposiciones de la Cláusula 9a., Sección Primera de la **Póliza**, se otorgará, previo acuerdo de la **Aseguradora**, sin prima adicional y por tiempo a ser convenido, una **Prórroga para Notificaciones** en los casos en

que el **Asegurado** muera o sufra algún accidente o enfermedad imprevista y ajena a su voluntad y por la cuál se vea imposibilitado permanentemente a prestar sus **Servicios Médicos Profesionales**.

La presente Extensión de Cobertura será efectiva siempre y cuando el **Asegurado** cuente con su cédula profesional o licencia vigentes al momento de la muerte o cuando el hecho generador del accidente o enfermedad ocurra y sea reportado a la **Aseguradora**.

Para que la presente Extensión de Cobertura opere, la incapacidad total y permanente del **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** deberá de ser evaluada y calificada por el o los médicos que la **Aseguradora** determine y quienes deberán de emitir un reporte o informe al respecto. En caso de deceso del **Asegurado**, se deberá presentar a la **Aseguradora** de manera fehaciente, el certificado de defunción emitido por autoridad competente.

## Cláusula 2ª. Definiciones

---

**2.1 Acto Médico:** Conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a terceros por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de técnicos y/o auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la **Póliza** y/o Anexos.

Se entienden como **Actos Médicos:** Consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un **Paciente**.

**2.2 Acto Medico Negligente:** Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Médicos Profesionales** prestados por el **Asegurado**.

### 2.3 Asegurado:

Significa:

- a) Empresa o institución **Contratante** del seguro en su calidad de **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** con licencia reconocida por la respectiva autoridad competente para la prestación de los mismos.

Por virtud de la presente **Póliza**, se considerarán cubiertos en su calidad de **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** a los médicos, odontólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados y con una relación de dependencia laboral con el **Asegurado**, exclusivamente cuando presten **Servicios Médicos Profesionales** en nombre del **Asegurado**.

- b) Persona física **Contratante** del seguro en su calidad de **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** con autorización emitida por la respectiva autoridad competente para desempeñar la especialidad objeto del presente Contrato de Seguro debidamente especificada en la Carátula de la **Póliza** y/o Anexos.

Por virtud de la presente **Póliza**, se considerarán cubiertos en su calidad de **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** a los médicos auxiliares, enfermeros, técnicos y auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados, exclusivamente cuando presten **Servicios Médicos Profesionales** en asistencia y bajo la supervisión del **Asegurado**. **Se excluyen absolutamente los SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES prestados por anestesiólogo o relacionados con la aplicación y administración de cualquier tipo de anestesia al PACIENTE.**

**2.4 Aseguradora:** Significa Chubb Seguros México, S.A.

**2.5 Contaminantes:** Significa cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, los cuales, de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

**2.6 Contratante:** Significa la persona física o moral señalada en las Disposiciones Particulares y/o en la Carátula de la **Póliza** como tal.

**2.7 Daño Corporal:** Significa cualquier lesión, enfermedad mental, trastorno emocional, herida corporal, ansiedad, tensión mental, sufrimiento emocional (fuera o no resultante de la lesión) y/o hasta muerte de una persona causada por el **Asegurado** al **Paciente** como consecuencia de un **Acto Médico Negligente**.

**2.8 Fecha de Retroactividad:** Significa la fecha especificada en las Disposiciones Particulares y en la Carátula de la **Póliza** a partir de la cual se otorga cobertura al **Asegurado** bajo los términos de esta **Póliza**. En caso de no estar especificada, será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

**2.9 Gastos de Defensa:** Significa cualquier retribución económica por servicios profesionales brindados por abogados, peritos y demás profesionales contratados por la **Aseguradora** que intervengan en la defensa del **Asegurado** ante una **Reclamación**, así como las costas y gastos del **Proceso Legal**, incluyendo fianzas o cauciones judiciales que fehacientemente hayan sido aprobados por la **Aseguradora** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado**, estos no incluirán salarios ni gasto alguno de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

**2.10 Indemnización:** Significa cualquier suma de dinero, compensación o monto compensatorio que el **Asegurado** esté legalmente obligado a pagar como consecuencia de una **Reclamación** y establecida en una sentencia condenatoria dictada por autoridad competente. Se incluye dentro de la **Indemnización** todos los acuerdos y/o convenios judiciales o extrajudiciales suscritos por el **Asegurado** o su representante legal, mismos que tienen que ser negociados y acordados previamente por la **Aseguradora**.

**Indemnización** no comprende:

- I. Las multas y sanciones de cualquier tipo (salvo en los casos establecidos en la Cláusula 3a., inciso 3.1).
- II. Daños punitivos.
- III. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores.
- IV. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes Mexicanas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

**2.11 Paciente:** Significa la persona física que recibe atención mediante la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** por parte de un **Asegurado**.

**2.12 Pérdida:** Significa el pago de forma conjunta o por separado y de manera indistinta, ya sea de una **Indemnización** y/o de los **Gastos de Defensa**.

**2.13 Póliza:** Es el presente Contrato de Seguro, entiéndase el documento debidamente suscrito por el **Contratante** y la **Aseguradora** en el que constan los derechos y obligaciones de los signatarios.

Forman parte de la **Póliza** todos aquellos documentos necesarios para su expedición, así como los Anexos y Endosos posteriores a la firma del documento.

**2.14 Prestador de Servicios Médicos Profesionales:** Significa la persona que a la fecha del **Acto Médico Negligente** cuente con cédula profesional vigente expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y/o autorización, permiso, licencia o certificado vigente y expedido por autoridad competente conforme a la normatividad en vigor en la República Mexicana para llevar a cabo **Servicios Médicos Profesionales**.

**2.16 Proceso Legal:** Significa cualquier procedimiento civil, penal, arbitral y/o administrativo iniciado y/o presentado por el **Paciente**, sus familiares, tutores o representantes legales en los Juzgados, Tribunales y/o Cortes que conocen de estos procesos y que se inicien y/o presenten en contra del **Asegurado** alegando un **Acto Médico Negligente**.

**2.17 Prórroga para Notificaciones:** Significa el periodo de tiempo con extensión de cobertura que se otorga de acuerdo a la Cláusula 9a. de las Disposiciones Particulares de la presente **Póliza**.

**2.18 Reclamación:** Significa:

- I. Toda demanda o procedimiento instaurado por el **Paciente**, sus familiares y/o su representante legal en contra del **Asegurado**, ya sea por la vía civil, penal, arbitral o ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para obtener una **Indemnización** y/o la reparación de un daño en forma patrimonial sufrido por el **Paciente** y originado por un **Acto Médico Negligente**.
- II. Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración por parte de una autoridad competente de que el **Asegurado** es responsable de un **Daño Corporal** causado a un **Paciente** como resultado o derivado de un **Acto Médico Negligente**.
- III. Cualquier procedimiento o investigación administrativa o judicial relacionada con un **Acto Médico Negligente** del **Asegurado** cuando sea alegado por un **Paciente** y sujeto a lo establecido en esta **Póliza**.

Los tres puntos que anteceden se considerarán **Reclamaciones** siempre y cuando estén relacionadas con una **Pérdida** cubierta bajo la presente **Póliza**.

**2.19 Reconocimiento de Antigüedad:** Significa la fecha especificada en la Carátula de la **Póliza** y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con la **Aseguradora** bajo los términos de esta **Póliza**.

**2.20 Servicios Médicos Profesionales:** Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** cuya especialidad esté especificada e informada previamente en la Carátula de la **Póliza** y/o Anexos y que el **Asegurado** preste a terceros y en cuya prestación el **Asegurado** reciba un pago por honorarios y/o por nómina, o bien, cuando actué en cumplimiento de su deber de prestar asistencia médica en casos de notoria urgencia.

**2.21 Vigencia de la Póliza:** Significa el espacio de tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la Carátula de la **Póliza** y/o en las Disposiciones Particulares y la terminación, expiración o revocación de esta **Póliza**.

### Cláusula 3ª. Exclusiones

---

**La ASEGURADORA no será responsable de pagar PÉRDIDAS causadas por RECLAMACIÓN alguna originada por, en conexión con o de cualquier manera relacionada con:**

#### **3.1 Mala fe, dolo y/o retribuciones improcedentes**

- I. **PÉRDIDAS** derivadas de acciones u omisiones deliberadamente dolosas, de mala fe o fraudulentas establecidas así por la legislación y práctica común aplicable.

Esta Exclusión solamente surtirá efectos cuando la responsabilidad por dolo, mala fe o fraude a la que se refiere este inciso, se establezca en sentencia, resolución en firme u otra similar. En el caso en que el ASEGURADO sea responsable por dolo, mala fe o fraude deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días la PÉRDIDA incurrida por ello a la ASEGURADORA, de conformidad con la Cláusula 7ª. de las Disposiciones Particulares de esta PÓLIZA.

Queda entendido que la conducta reclamada a un ASEGURADO no debe ser reclamada a otro ASEGURADO.

- II. La obtención por cualquier ASEGURADO de cualquier beneficio, remuneración, lucro, provecho indebido o ventaja personal, actos ilícitos, deshonestos o cualquier otro similar a los que no tuviera derecho.

### **3.2 Multas y sanciones**

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a multas o sanciones pecuniarias o administrativas de cualquier naturaleza impuestas a los ASEGURADOS, incluyendo las costas de defensa jurídica directa y exclusivamente relacionadas con las mismas y con otras obligaciones económicas relacionadas, salvo aquellas costas de defensa derivadas de la INDEMNIZACIÓN de un perjuicio causado a un tercero y amparado por esta PÓLIZA.

Se cubrirán las multas y sanciones ocasionadas a un tercero por un ACTO MÉDICO NEGLIGENTE del ASEGURADO cuando las mismas no se relacionen con actos dolosos o fraudulentos.

### **3.3 Circunstancias, juicios y seguros anteriores**

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a litigios interpuestos y/o hechos, circunstancias o situaciones conocidas o que razonablemente debió de haber conocido el ASEGURADO con anterioridad a la fecha de RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD a que se refiere esta PÓLIZA, o que tengan como base o de cualquier manera sean atribuibles a los mismos hechos, o esencialmente los mismos hechos, que hubiesen sido alegados en dichos litigios, aún cuando hayan sido iniciados contra terceros y o que hubiesen estado relacionados con cualquier RECLAMACIÓN que haya sido reportada anteriormente, o cualquier circunstancia de las cuales se haya dado aviso, bajo cualquier contrato de seguro o PÓLIZA de la cual, la presente PÓLIZA sea una renovación o reemplazo o a la PÓLIZA o contrato que pueda eventualmente reemplazar.

### **3.4 Asegurado contra Asegurado**

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, a RECLAMACIONES presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier otro ASEGURADO amparado bajo esta PÓLIZA.

Queda estipulado que la presente Exclusión no aplica cuando el afectado estuviere en la condición de PACIENTE.

### **3.5 Responsabilidades Patronales**

- I. PÉRDIDAS** derivadas como consecuencia de las obligaciones del ASEGURADO como patrón frente a sus trabajadores y que se desprendan de su relación netamente laboral, quedando por ello excluida cualquier responsabilidad patronal cuando no sea derivada directamente, ya sea de un ACTO MÉDICO o de la prestación de un SERVICIO MÉDICO PROFESIONAL.
- II. PÉRDIDAS** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a la violación de cualquier disposición legal que imponga obligaciones a cargo del Contratante, derivadas del régimen de Seguridad Social, AFORES y/o INFONAVIT.

### **3.6 Garantías de resultados**

**PÉRDIDAS** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a las obligaciones derivadas de la o las garantías que el médico haya otorgado al PACIENTE, ya sea de manera verbal o por escrito, de un determinado resultado como consecuencia de la práctica de un ACTO MÉDICO, que vaya más allá de lo establecido por la Norma Oficial de la misma especialidad, así como de los cánones de la práctica médica.

### **3.7 Directores y administradores**

La responsabilidad del ASEGURADO como propietario, director, administrador o funcionario del hospital, sanatorio, clínica con facilidades de instalaciones de comida y ropa de cama, hogar de ancianos, centros de cirugía ambulatoria, laboratorio, organización de cuidados para la salud, proveedores exclusivos de la organización, otras entidades de atención a la salud u otras empresas comerciales.

### **3.8 Contaminación ambiental**

**PÉRDIDAS** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a:

- I. Cualquier amenaza, real o supuesta, de descarga, dispersión, filtración, migración, liberación o escape de CONTAMINANTES en cualquier ocasión; y/o**
- II. Cualquier requerimiento, demanda, notificación u orden recibida por un ASEGURADO para monitorear, limpiar, remover, contener, tratar, neutralizar o de cualquier forma responder a/o calcular los efectos de los CONTAMINANTES incluyendo pero no limitando a cualquier RECLAMACIÓN, juicio o procedimiento por o en nombre de una autoridad gubernamental, una parte potencialmente responsable o cualquier otra persona física o entidad por daños debidos a pruebas, monitoreo, limpieza, remoción, contención, tratamiento, desintoxicación o neutralización de los efectos de los CONTAMINANTES.**

### **3.9 Asbestos**

**PÉRDIDAS** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a asbestos o a cualquier DAÑO CORPORAL o daño material causado por asbestos o presunto acto, error, omisión u obligación que involucre asbestos, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación o uso en cualquier ambiente, construcción o estructura incluyendo la fabricación, elaboración, transformación, montaje, venta o uso de amianto o de cualquier producto que pueda contenerlo.



**3.10 Reacción nuclear**

**PÉRDIDAS** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente, a los efectos de explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad, así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

Esta Exclusión no aplica en los casos en los que la energía nuclear sea utilizada únicamente para fines terapéuticos o de diagnóstico en las instalaciones y bajo la supervisión directa del ASEGURADO, siempre y cuando se lleve a cabo con las medidas necesarias para su aplicación.

**3.11 Influencia de tóxicos**

**INDEMNIZACIONES** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente, a los **DAÑOS CORPORALES** causados por el ASEGURADO cuando éste último actúe o haya actuado bajo la influencia de tóxicos, intoxicantes, narcóticos, alcaloides o alcohol que haya sido o no inducido por un tercero. Si se prueba que la responsabilidad se generó por el consumo de cualquiera de los agentes mencionados, el ASEGURADO deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días la PÉRDIDA incurrida por ello a la ASEGURADORA, de conformidad con la Cláusula 7ª. de las Disposiciones Particulares de esta PÓLIZA.

**3.12 Honorarios**

**PÉRDIDAS** originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a reclamos motivados en la liquidación, cobro y facturación de honorarios profesionales a un PACIENTE, que no sean los especificados en la Cláusula 2ª., inciso 2.9 de las Disposiciones Particulares de la PÓLIZA.

**3.13 Abuso**

**PÉRDIDA** originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a el abuso físico, amenaza, acoso sexual, comportamiento sexual inmoral donde se tenga o no la intención de culminar en, o que culminase en cualquier acto sexual ya sea causado por instigación del ASEGURADO y/o si fue causado por un acto u omisión del ASEGURADO, los empleados del ASEGURADO, o cualquier persona por cuyos actos el ASEGURADO sea legalmente responsable.

**3.14 Responsabilidades Solidarias**

La Responsabilidad Civil que solidaria o exactamente subsidiaria sea atribuida a otros médicos, técnicos, auxiliares, hospitales, clínicas o instituciones de salud similares.

Así como cualquier tipo de responsabilidades atribuidas a los fabricantes de remedios o equipos médicos para la prestación de servicios.

### 3.15 Falta de Autorización

Cuando el ASEGURADO preste sus SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES al momento de que su cédula profesional, licencia o permiso para desempeñarlos haya sido suspendida, cancelada o revocada por autoridad competente, o bien cuando ésta haya expirado.

### 3.16 Exclusiones específicas

Se excluye, salvo pacto en contrario, a solicitud del ASEGURADO y con la aceptación explícita de la ASEGURADORA las RECLAMACIONES derivadas de o relacionadas con cualquiera de los siguientes riesgos:

- I. ACTOS MÉDICOS practicados con técnicas, medicamentos y/o equipamientos no reconocidos por la ciencia médica y/o organismos competentes así como los ACTOS MÉDICOS en los que se involucren técnicas experimentales y/o no autorizadas, incluyendo pruebas clínicas.
- II. DAÑOS CORPORALES derivados del uso de sangre o derivados de la sangre.
- III. DAÑOS CORPORALES relacionados con el transporte de PACIENTES en ambulancias o aeronaves; y/o
- IV. Tratamiento domiciliario.

## Cláusula 4ª. Límite de Responsabilidad

---

El Límite de Responsabilidad establecido en las Disposiciones Particulares y/o en la Carátula de la **Póliza**, es el límite máximo de responsabilidad de la **Aseguradora** con relación a todas las **Pérdidas** a consecuencia de todas las **Reclamaciones** cubiertas por esta **Póliza**, independientemente de la cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones** hechas o personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

La **Aseguradora** no estará obligada, en ningún caso, a pagar **Pérdidas** que excedan el Límite de Responsabilidad aplicable, una vez que éste haya sido agotado por el pago de **Indemnización** y/o **Gastos de Defensa**.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Negligente** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único Límite de Responsabilidad por **Reclamación** establecido en las Disposiciones Particulares y/o en la Carátula de la **Póliza**.

Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio de la **Vigencia de la Póliza** pero después de la **Fecha de Retroactividad**. En consecuencia, constituirá una sola y única **Pérdida** la serie de actos originados de una misma **Reclamación**, con independencia del número de reclamantes y **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima de la **Aseguradora** con dicha **Pérdida**, incluyendo los **Gastos de Defensa**, no excederá del Límite de Responsabilidad por evento establecido en la Carátula de la **Póliza**.

## Cláusula 5ª. Deducible

---

La **Aseguradora** será exclusivamente responsable de pagar la **Pérdida** en exceso del deducible establecido en la Carátula de la **Póliza**. El Deducible estará cada uno, desprovisto de cobertura bajo la **Póliza** y en consecuencia, será retenido por la **Aseguradora**.

Se aplicará un sólo deducible a la **Pérdida** originada en **Reclamaciones** en las que se alegue los mismos o similares **Actos Médicos Negligentes**.



## Cláusula 6ª. Reglas Sobre Notificación y Comunicación

---

### 6.1 Notificación de Reclamaciones

En cumplimiento al Art. 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el **Asegurado**, deberá avisar a la **Aseguradora** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial que haya recibido o sepa que puede llegar a recibir, así como de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una **Pérdida** a cargo del **Asegurado**, dentro de los cinco (5) días naturales siguientes a la fecha que los haya conocido o debido conocer. De lo contrario, la **Aseguradora** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

El **Asegurado** deberá tomar todas las medidas necesarias para coadyuvar con la **Aseguradora** en la prestación de una defensa adecuada de sus intereses, sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 7a. de las Disposiciones Particulares "**Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación**", y deberá mantener a la **Aseguradora** permanentemente informada sobre el desarrollo de la Reclamación en su contra y cooperar con ella en todo momento.

Si debido al incumplimiento de esta obligación se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, la **Aseguradora** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios que la **Aseguradora** hubiere erogado con motivo de la defensa de la **Reclamación** en proporción a la culpa de los mismos y al perjuicio sufrido.

Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar a la **Aseguradora** o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, la **Aseguradora** quedará liberada de toda responsabilidad bajo la **Póliza**.

### 6.2 Notificación de Reclamaciones Potenciales

Si durante la **Vigencia de la Póliza** o durante la **Prórroga para Notificaciones**, en caso en que esta última sea contratada, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta **Póliza**, deberá dar notificación fehaciente y por escrito de ello a la **Aseguradora** mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, los que de manera enunciativa pero no limitativa puedan llegar a ser:

- I. El **Acto Médico Negligente** alegado durante la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales**.
- II. Las fechas y personas involucradas.
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes; y
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Negligente**, que haya sido debidamente reportado a la **Aseguradora**, será considerada como efectuada en la **Vigencia de la Póliza**.

### 6.3 Asistencia y Cooperación

El **Asegurado** cooperará con la **Aseguradora** y le suministrará toda la información y asistencia que la **Aseguradora** pueda razonablemente requerir, las que de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser, el expediente médico y toda la información clínica que el **Asegurado** pudiera tener en su poder o señalar en donde se encuentra, así como la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos; asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y coadyuvando en la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta **Póliza** y en general deberá cooperar con la **Aseguradora** en todo aquello que esté a su alcance. El **Asegurado** no hará nada que pueda llegar a perjudicar la posición de la **Aseguradora**.

#### 6.4 Obligaciones del Asegurado

Una vez conocida la **Reclamación** y/o la **Pérdida**, el **Asegurado** deberá suministrar a la **Aseguradora** la información, documentos y pruebas necesarias para demostrar la **Reclamación** y la cuantía de la **Pérdida**, según lo exigido por la Ley. La **Aseguradora**, mediante esta **Póliza**, solicita al **Asegurado** que adjunte al reclamo formal todos los documentos, comprobantes contables y facturas, entre otros, que le permitan establecer la ocurrencia de los supuestos establecidos en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la **Aseguradora** llegare a ser diferente de la que conste en la **Póliza** expedida, la **Aseguradora** deberá comunicar al **Asegurado** la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la **Aseguradora** y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la **Aseguradora** deba hacer al **Asegurado** o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la **Aseguradora**.

Toda notificación de **Reclamación** se tendrá como realizada a la **Aseguradora** y surtirá sus efectos legales en la fecha en que sea recibida fehacientemente por la **Aseguradora**.

Las notificaciones deberán contener una descripción detallada de la naturaleza del **Acto Médico Negligente**, la identidad del **Asegurado** involucrado, la identidad del perjudicado así como los perjuicios y daños que se hubiere podido causar.

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, ni liquidar o intentar liquidar reclamo alguno, ni celebrar convenio alguno, ni incurrir en **Gastos de Defensa** sin el consentimiento escrito y fehaciente de la **Aseguradora** quien tendrá el derecho exclusivo del manejo de la defensa o liquidación del reclamo, si la **Aseguradora** así lo considere conveniente.

#### Cláusula 7ª. Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación

---

Será obligación exclusiva de la **Aseguradora** asumir la defensa de la **Reclamación** hasta las últimas consecuencias; dicha defensa incluye de manera enunciativa pero no limitativa la contratación de los abogados, peritos y demás elementos que sirvan para la buena defensa de la **Reclamación**.

La **Aseguradora** podrá investigar cualquier **Reclamación**, **Acto Médico Negligente** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** se abstendrá de incurrir en **Gastos de Defensa**, admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir o realizar oferta alguna en relación con la **Reclamación**, sin haber recibido previo y fehaciente consentimiento por escrito de la **Aseguradora**. La **Aseguradora** no será responsable de asumir **Gastos de Defensa** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Negligente**.

Si se llegare a determinar que los **Gastos de Defensa** no están cubiertos por esta **Póliza**, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos a la **Aseguradora** en un plazo no mayor a quince (15) días.

El / los **Asegurado(s)** y el **Contratante**, están obligados a entregar toda la información y a cooperar con la **Aseguradora** en la defensa de la **Reclamación**, en la medida en que la **Aseguradora** lo requiera, y se abstendrán de realizar acto alguno que perjudique la posición de la **Aseguradora** o sus derechos de subrogación.

## Cláusula 8ª. Distribución

---

En el evento en que una **Reclamación** dé lugar a **Pérdidas** cubiertas por esta **Póliza** y a **Pérdidas** no cubiertas por esta **Póliza**, el **Asegurado** y la **Aseguradora** distribuirán dichas **Pérdidas** de acuerdo con la responsabilidad legal de cada una de las partes. No obstante lo anterior, si las partes, no llegaren a un acuerdo, será facultad de las partes el someterse o no al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) conforme a la Ley de Seguros aplicable.

Una vez acordada o determinada la Distribución de las **Pérdidas**, estas serán aplicadas de manera retroactiva a todas las ya incurridas en relación con dicha **Reclamación**, sin perjuicio de cualquier anticipo previo que haya sido efectuado, la **Aseguradora** suministrará las **Pérdidas** por el valor acordado.

Si el **Asegurado** y la **Aseguradora** no logren llegar a un acuerdo en relación con las **Pérdidas** que deben ser desembolsadas para la atención de dicha **Reclamación**, la **Aseguradora** suministrará, aquellas que considere razonablemente y necesariamente cubiertas bajo la **Póliza** hasta que se acuerde o se determine una Distribución diferente.

***Cualquier Distribución o anticipo de Pérdidas en relación con una Reclamación no será de ninguna forma presunción alguna respecto a la Distribución de otras Pérdidas de otra Reclamación.***

## Cláusula 9ª. Prórroga para Notificaciones

---

La cobertura de esta **Póliza** se extenderá a cubrir las **Pérdidas** derivadas de una **Reclamación** que sea formulada por primera vez en contra del **Asegurado**, y presentada por éste a la **Aseguradora** durante esta extensión que se denominará **Prórroga para Notificaciones**.

Los términos y condiciones de la última **Vigencia de la Póliza**, continuarán siendo aplicables a la **Prórroga para Notificaciones**. Las **Reclamaciones** presentadas contra los **Asegurados** durante la **Prórroga para Notificaciones** deben basarse en **Actos Médicos Negligentes** derivados de la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales**, que generen una **Pérdida** cubierta por la **Póliza**, siempre y cuando dichos **Actos Médicos Negligentes** se hayan cometido después del inicio de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor de la **Prórroga para Notificaciones**. Cualquier **Reclamación** presentada durante la **Prórroga para Notificaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante la **Vigencia de la Póliza** inmediatamente anterior.

La **Prórroga para Notificaciones** se otorgará previa solicitud del **Contratante**, si la **Póliza** es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la **Póliza** y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra **Póliza** de la misma naturaleza, tomada con ésta o con otra Compañía de seguros. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en la Carátula de la **Póliza** y/o Disposiciones Particulares. Para ejercer el derecho que esta Cláusula otorga, los **Asegurados** deberán comunicar fehacientemente y por escrito a la **Aseguradora** su intención de contratar la **Prórroga para Notificaciones**, debiendo pagar la prima establecida en las Disposiciones Particulares y/o en la Carátula de la **Póliza**, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación, revocación o no renovación de la **Póliza**.

El Límite de Responsabilidad aplicable durante la **Prórroga para Notificaciones** será el que continúe disponible a la expiración de la última **Vigencia de la Póliza**, no suponiendo de ninguna forma que la **Prórroga para Notificaciones** implique una reconstitución del Límite de Responsabilidad.

## Cláusula 10ª. Cancelación.

El presente Contrato podrá ser revocado unilateralmente por cualquiera de las partes y en los siguientes casos:

- I. Por la **Aseguradora**, mediante comunicación escrita al **Contratante**, enviada a su última dirección conocida, con treinta (30) días naturales de anticipación y teniendo derecho la **Aseguradora** a retener la Prima correspondiente a prorrata, dichos días serán contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos de los artículos 48, 51 y 96 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- II. Por el **Contratante**, en cualquier momento, mediante aviso fehaciente y por escrito a la **Aseguradora** en el domicilio de esta última; caso en el cual la **Aseguradora** tendrá derecho a la Prima devengada sobre la base de la tarifa a corto plazo. La **Aseguradora** deberá cerciorarse de la autenticidad de la identidad del **Contratante** y posterior a ello, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio respecto de la cancelación

En el primer caso, la revocación da derecho al **Contratante** a recuperar la Prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del Contrato. La devolución se calculará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

| Periodo        | Porcentaje de la Prima Anual |
|----------------|------------------------------|
| Hasta 2 meses  | 30%                          |
| Hasta 3 meses  | 40%                          |
| Hasta 4 meses  | 50%                          |
| Hasta 5 meses  | 60%                          |
| Hasta 6 meses  | 70%                          |
| Hasta 7 meses  | 75%                          |
| Hasta 8 meses  | 80%                          |
| Hasta 9 meses  | 85%                          |
| Hasta 10 meses | 90%                          |
| Hasta 11 meses | 95%                          |

## Cláusula 11ª. Conservación del Estado del Riesgo y Notificación de Cambios

Los **Asegurados**, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud deberán notificar fehacientemente y por escrito a la **Aseguradora** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del Contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su denominación social o nombre comercial incluyendo pero no limitándose a un aumento mayor a quince (15) **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** en el número de **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** al servicio del **Asegurado** o mayor a un 40% del número de **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** y/o un cambio en la especialización de la labor del **Asegurado**, según lo reportado en el Formulario de Solicitud. Se tomará como base para estos supuestos el número y especialización de **Prestadores de Servicios Médicos Profesionales** reportado en el Formulario de Solicitud.

Para efectos de esta Póliza, se entiende además como agravación del estado del riesgo, sin perjuicio de los demás hechos y circunstancias que tengan tal carácter, las siguientes:

- I. La cesión a cualquier título de más del 50% (cincuenta por ciento) de las acciones con derecho a voto de la Institución Médica asegurada bajo la presente **Póliza**; y/o
- II. La fusión o absorción por otra sociedad de la Institución Médica asegurada bajo la presente **Póliza**; y/o
- III. La liquidación obligatoria, toma de posesión o intervención administrativa, liquidación forzosa administrativa, o la imposición de otra medida que persiga los mismos fines que las anteriores independientemente de su denominación legal; y/o
- IV. La adquisición del control de la Institución Médica asegurada bajo la presente **Póliza** por cualquier gobierno, autoridad competente, o por funcionarios designados por los mismos;

Resultando en un cambio en:

- I. La posesión directa o indirecta de la mayoría de los derechos de voto; y/o
- II. El derecho de nombramiento o cese de la mayoría de los miembros de la Junta Directiva, Consejo de Administración, u otros órganos de administración; y/o
- III. El control efectivo con base en un acuerdo escrito con otros accionistas de la mayoría de los derechos de voto.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio de los **Asegurados**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar a la **Aseguradora** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de este cambio, conocimiento que se presume transcurrido a los treinta (30) días transcurridos a partir del momento de la modificación.

Una vez notificada la modificación del riesgo en los términos consignados aquí, la **Aseguradora** podrá revocar el Contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

En caso de falta de notificación oportuna, la presente **Póliza** cubrirá solamente las **Reclamaciones** derivadas de **Actos Médicos Negligentes** por la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** realizados antes del día en que se llevaron a cabo dichos cambios.

## Cláusula 12ª. Concurrencia de Seguros

---

En caso de que otra u otras Pólizas de seguros ajenas a la presente **Póliza**, cubran en todo o en parte lo cubierto por la presente **Póliza**, el **Asegurado** de la presente **Póliza** deberá notificar a la **Aseguradora** fehacientemente y por escrito el o los nombre de las otras Compañías Aseguradoras, así como la suma asegurada en cada una de la Pólizas de que se trate ya que en caso de omitirlo intencionalmente y/o de mala fe el **Asegurado** a la **Aseguradora**, ésta última quedará liberada de sus obligaciones en el pago de las **Reclamaciones** y de la concurrencia de seguros.

En el caso de que las otras Pólizas de seguros ajenas a la presente **Póliza**, hayan sido celebrados de buena fe y se haya dado aviso fehaciente y por escrito a la **Aseguradora** de su existencia, la **Aseguradora** responderá de los daños hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiere Asegurado, de acuerdo al Artículo 102 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En el caso de que la o las Pólizas emitidas por otras Compañías Aseguradoras estén suscritas solamente como seguro de exceso en específico por encima del Límite de Responsabilidad establecido en la Carátula de la **Póliza**, la **Pérdida** estará cubierta por esta **Póliza** con sujeción a sus términos y condiciones.

### Cláusula 13ª. Comunicaciones y Representatividad

---

Se acuerda que el **Asegurado** actuará por derecho propio y en nombre de sus Filiales, en el caso que éstas estén incluidas en la presente cobertura, y de todas las personas físicas consideradas como **Asegurados**, en todo en cuanto concierne al envío y recepción de comunicaciones de demandas, resolución, terminación o revocación de este Contrato, pago de primas y recibo de cualquier devolución de primas que pueda devenir obligatoria según esta **Póliza**, recibo y aceptación de cualesquiera suplementos, anexos o endosos de esta **Póliza** y al ejercicio o la negativa a ejercitar cualquier derecho a la **Prórroga para Notificaciones**.

### Cláusula 14ª. Cesión

---

Esta **Póliza** y todos y cualquiera de los derechos y obligaciones en ella contenidos y/o relacionados con ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo y fehaciente consentimiento por escrito de la **Aseguradora**.

### Cláusula 15ª. Delimitación Temporal

---

La cobertura de esta **Póliza** es aplicable a las **Reclamaciones** presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante la **Vigencia de la Póliza** o en la **Prórroga para Notificaciones** en caso en que esta última sea contratada.

## Endoso 1. (Uso de Sangre)

---

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** derivadas del uso de sangre y sus derivados dentro de las instalaciones del **Asegurado** y relacionadas a la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** por el **Asegurado**.

La presente cobertura será efectiva siempre y cuando el **Asegurado** cuente con un programa de evaluación, control y prevención de incidentes relacionados con la transfusión de sangre llevado a cabo por el **Asegurado** o por una empresa constituida y dedicada a estas actividades.

Se entenderá como incidente derivado del Uso de Sangre como los agravios ocurridos durante o después de realizadas las transfusiones sanguíneas y con relación a las mismas.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.16 inciso II.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.



## Endoso 2. (Transporte de Pacientes en Ambulancias y/o Aeronaves)

---

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia del transporte de **Pacientes** en ambulancias y/o aeronaves.

La presente cobertura será válida y efectiva solamente en los casos de que el transporte sea realizado por el propio **Asegurado** o por una empresa especializada contratada específicamente para esta finalidad, siempre y cuando exista la presencia de un **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** debidamente instruido y autorizado para la atención médica de emergencias.

**Se excluye de manera absoluta cualquier incidente relacionado con un accidente de tránsito sufrido por el vehículo que realiza el transporte.**

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.16 inciso III.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.



### Endoso 3. (Visitas a Domicilio)

---

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Médicos Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del **Paciente**.

Se cubren los **Actos Médicos** y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los **Servicios Médicos Profesionales**.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los **Daños Corporales** hayan sido causados por el **Asegurado** y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente **Póliza** mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando **Servicios Médicos Profesionales al Paciente**.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.16 inciso IV.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.

#### Endoso 4. (Uso y Mantenimiento)

---

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de daños a terceros en sus bienes o personas cuando sean derivados de los eventos descritos a continuación:

- a) Por el uso de los locales ocupados por el **Asegurado** así como los establecimientos destinados a la educación en propiedades del **Asegurado**, debidamente especificados en esta **Póliza**.
- b) El suministro de alimentos y bebidas en restaurantes, bares y tiendas en las instalaciones propiedad del **Asegurado**, siempre y cuando sea operado por el **Asegurado**, o bien este servicio se encuentre concesionado al **Asegurado**.
- c) Las actividades desempeñadas por servicios de seguridad propios, no contratados con empresas dedicadas a la prestación del servicio de seguridad del **Asegurado**, incluyendo a personas armadas, animales y dispositivos mecánicos, eléctricos y electrónicos destinados para tal finalidad.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en que los daños hayan sido causados por un empleado directamente contratado por el **Asegurado** que demuestre fehacientemente que se encontraba prestando sus servicios al **Asegurado** y del cual el **Asegurado** hubiere dado aviso con anticipación a la **Aseguradora**.

**No se cubrirán bajo ningún motivo, daños causados por vehículos, propiedad o no del ASEGURADO (incluyendo Responsabilidad Civil de Estacionamientos).**

**No se cubrirán los daños derivados de construcciones en general, remodelaciones o actualización del equipo médico que se lleven a cabo en los locales del ASEGURADO.**

Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.

## Endoso 5. (Asegurado Adicional)

---

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que (nombre) se agrega como Asegurado Adicional para los efectos de los términos y condiciones de la presente **Póliza**.

Se hace constar que (nombre) fue constituido(a) por el **Asegurado** y ahí laboran bajo su supervisión y en sus instalaciones solamente los empleados nombrados por él en el Formulario de Solicitud de Seguro; siempre y cuando (nombre) no tenga una licencia ante la Secretaría de Salud y que su objeto sea exclusivamente administrativo.

Para los efectos de este Endoso, se considerarán cubiertas las **Reclamaciones** hasta por el mismo Límite de Responsabilidad señalado en la Carátula de la **Póliza** en las que se nombre a (nombre) como demandado siempre y cuando dicha **Reclamación** derive de un **Acto Médico Negligente** del **Asegurado** y/o sus enfermeras, auxiliares y técnicos de la salud y/o empleados no profesionales de acuerdo y siguiendo los términos y condiciones de la **Póliza**.

Queda acordado que las **Reclamaciones** en las que se nombre tanto al **Asegurado** como al Asegurado Adicional como demandados, se considerarán como una sola **Reclamación** para todos sus efectos.

**Queda excluida cualquier Reclamación en contra del Asegurado Adicional cuando derive de acciones legales en su contra por circunstancias no relacionadas con un Servicio Médico Profesional prestado por el Asegurado o sus empleados así como cualquier acción de subrogación en contra o a favor del Asegurado Adicional por su parte o del Asegurado o sus empleados.**

Se excluye absolutamente la Responsabilidad Civil Cruzada entre el **Asegurado** y el Asegurado Adicional.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.

## Endoso 6. (Defensa Legal)

---

Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que la CLÁUSULA 7ª. De la SECCIÓN PRIMERA del texto de la **Póliza** se deja sin efectos y se sustituye por la siguiente:

Será obligación exclusiva de la **Aseguradora** asumir la defensa de la **Reclamación** hasta las últimas consecuencias; dicha defensa incluye de manera enunciativa pero no limitativa la contratación de los peritos, cualquier elemento para lograr una buena defensa legal y la contratación de los siguientes abogados exclusivamente:

La **Aseguradora** podrá autorizar la contratación de cualquier otro abogado mediante solicitud escrita y fehaciente del **Asegurado** presentada dentro de los siguientes treinta días de iniciada la **Vigencia de la Póliza** siempre que no exista una **Reclamación** en ese momento, dicha autorización se dará solamente en el caso de que se cumplan todos los requisitos establecidos por la **Aseguradora**.

La **Aseguradora** podrá investigar cualquier **Reclamación, Acto Médico Negligente** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente. Incluso mediante la asignación de un abogado distinto ya sea a manera de supervisión o de reemplazo en cualquier momento.

El **Asegurado** se abstendrá de incurrir en **Gastos de Defensa**, admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir o realizar oferta alguna en relación con la **Reclamación**, sin haber recibido previo y fehaciente consentimiento por escrito de la **Aseguradora**. La **Aseguradora** no será responsable de asumir **Gastos de Defensa** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Negligente**.

Si se llegare a determinar que los **Gastos de Defensa** no están cubiertos por esta **Póliza**, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos a la **Aseguradora** en un plazo no mayor a quince (15) días.

El / los **Asegurado(s)** y el **Contratante**, están obligados a entregar toda la información y a cooperar con la **Aseguradora** en la defensa de la **Reclamación**, en la medida en que la **Aseguradora** lo requiera, y se abstendrán de realizar acto alguno que perjudique la posición de la **Aseguradora** o sus derechos de subrogación.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.

**Endoso 7. (Exclusión Circunstancias Específicas)**

---

**Mediante la inclusión de este Endoso y de aparecer Exclusión circunstancias específicas como tal contemplado en la Carátula de la Póliza, las partes acuerdan que con respecto a la Cláusula 3ª Exclusiones inciso 3.3 Circunstancias, juicios y seguros anteriores y de acuerdo a las declaraciones realizadas por el Asegurado con respecto a procedimientos judiciales y/o extrajudiciales llevados en su contra, se especifica lo siguiente:**

**La Aseguradora no será responsable de pagar la pérdida originada de una reclamación, cuando dicha pérdida sea originada en, basada en, o de cualquier manera atribuible directa o indirectamente a daños causados al paciente (nombre de la persona) por el asegurado en el desempeño de sus servicios médicos profesionales.**

**Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.**

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

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 07 de Junio de 2016, con el número RESP-S0039-0153-2016 / CONDUSEF-001951-05.

## Sección Segunda Disposiciones Generales

### Cláusula 1ª. Pago de Primas

---

El **Contratante** está obligado al pago total de la prima a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la contratación de la **Póliza** o si fuere el caso, de los Certificados de Cobertura, Endosos o Anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la **Póliza** no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio de la **Aseguradora** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la **Póliza** o de los Endosos o Anexos que se expidan o se hayan expedido con fundamento de la misma, producirá la terminación automática de este Contrato y dará derecho a la **Aseguradora** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de este Contrato.

### Cláusula 2ª. Fraude o Dolo

---

Fuera de los casos que contempla la Ley Sobre el Contrato de Seguro y legislación supletoria y complementaria en materia de seguros, las obligaciones de la **Aseguradora** quedarán extinguidas en los siguientes supuestos:

- I. Si el **Contratante** y/o el **Asegurado** con el fin de hacer incurrir en el error, disimulara o declarara inexactamente hechos que liberarían al **Asegurado** de sus obligaciones o podrían limitarlas.
- II. Si, con igual propósito, el **Contratante** y/o el **Asegurado** no entregara en tiempo a la **Aseguradora** toda la documentación que deba o sea propicio entregar a la **Aseguradora** en los términos de esta **Póliza**.
- III. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, Beneficiario, causahabiente o apoderado.

Esto último acarreará que el **Contratante** y/o el **Asegurado** pierdan las primas adelantadas así como la cancelación inmediata de todos los efectos de esta **Póliza**.

### Cláusula 3ª. Renovación

---

Para solicitar la renovación de la **Póliza**, el **Asegurado** deberá proporcionar a la **Aseguradora**, por lo menos treinta (30) días naturales antes de la fecha de vencimiento de la **Vigencia de la Póliza**, el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente llenado y contestado, así como la toda la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, la **Aseguradora** determinará los términos y condiciones para la nueva **Vigencia de la Póliza**.

### Cláusula 4ª. Pérdidas en Moneda Extranjera

---

Si las **Pérdidas** incurridas durante la **Vigencia de la Póliza** o la **Prórroga para Notificaciones** derivadas de una **Reclamación** son expresadas en una moneda distinta a la establecida en el Límite de Responsabilidad de las Disposiciones Particulares y/o en la Carátula de la **Póliza**, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas Disposiciones, de acuerdo al tipo de cambio vigente que fije el Banco de México y se publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago y/o de acuerdo a los términos de la Ley Monetaria en la República Mexicana.

### Cláusula 5ª. Subrogación y Repetición

---

La **Aseguradora**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta **Póliza**, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón de la **Reclamación** correspondieran al **Asegurado**. Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar a la **Aseguradora** de legitimación activa para demandar judicialmente por sí o, en su caso, en nombre del o los **Asegurados**. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la **Indemnización** y **Gastos de Defensa** en caso de incumplir con esta obligación.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta **Póliza**, la **Aseguradora** podrá presentar una demanda judicial de recobro en contra de los **Asegurados** por la cantidad de la **Pérdida** que haya tenido que pagar a la parte perjudicada o a los Beneficiarios como consecuencia de una acción directa contra la **Aseguradora** por dicha tercera parte, si las **Pérdidas** se generaron por un acto fraudulento de los **Asegurados**.

### Cláusula 6ª. Consentimiento para Negociar

---

Para el caso de que la **Aseguradora** considere necesario optar por un convenio, negociación o acuerdo con el objeto de finalizar o dar por terminado cualquier **Proceso Legal**, investigación, arbitraje o mediación, el Asegurado deberá aceptar los términos de la negociación propuesta por la **Aseguradora**, siempre que dicha negociación sea razonable.

En el caso del párrafo anterior, la responsabilidad de la **Aseguradora** por cualquier **Pérdida** que resulte de una **Reclamación** estará limitada a la cantidad ofrecida para dar por terminado dicho **Proceso Legal**, investigación, arbitraje o mediación. Si el convenio, negociación o acuerdo no se lleva a cabo como consecuencia clara de que el **Asegurado** se haya negado o rehusare a aceptarlo, el monto de la **Pérdida** o reembolso que resulte del convenio, negociación o acuerdo será cubierto y correrá por cuenta del **Asegurado**.

La misma condición y los mismos términos de los dos párrafos inmediatos anteriores se aplicarán para el caso, de que el **Asegurado** además de no aceptar el convenio, negociación o acuerdo, decida continuar mediante algún recurso permitido por la Ley, cualquier procedimiento, investigación, arbitraje o mediación, iniciados con motivo de la **Reclamación**, ya sea por apelación, amparo, recurso de revisión, recurso de nulidad u otro similar en cualquier jurisdicción.

### Cláusula 7ª. Modificaciones y Cambios en los Términos de la Póliza.

---

La notificación a cualquier intermediario o agente de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes, condiciones ni términos de esta **Póliza**; los términos de esta **Póliza** serán cambiados o modificados solamente mediante un Endoso o Anexo emitido y firmado por un representante autorizado de la **Aseguradora** para formar parte de esta **Póliza**.

### Cláusula 8ª. Formulario de Solicitud

---

Para emitir esta **Póliza** la **Aseguradora** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, cuestionarios complementarios y demás información exigida para la suscripción y sometida a la **Aseguradora**; dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta **Póliza**, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

### Cláusula 9ª. Legislación Aplicable al Contrato de Seguro

---

Para cuantas cuestiones se refieran a la interpretación, validez y/o cumplimiento de esta **Póliza**, el presente Contrato queda sometido a la Legislación Mexicana de acuerdo a lo establecido en el Art. 4 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en particular al Código de Comercio y legislaciones complementarias y supletorias en materia de seguros; que serán también de aplicación a aquellos aspectos no previstos en el Contrato. No obstante lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en la Legislación mencionada, se establece expresamente que si el contenido de la **Póliza** difiere, en su caso, de la proposición de seguro de las Cláusulas acordadas, el **Contratante** podrá solicitar la aclaración a la **Aseguradora** la corrección de la divergencia existente en un plazo de treinta (30) días naturales contados desde la entrega de la **Póliza**; transcurrido dicho plazo sin que se efectúen las aclaraciones, lo dispuesto en la **Póliza** ya entregada tendrá validez.

### Cláusula 10ª. Competencia

---

En caso de inconformidad, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen,



cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

**Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE)**

Av. Paseo de la Reforma No. 250,  
Torre Niza, Piso 7,  
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc,  
C.P. 06600, Ciudad de México.  
Teléfono: 800 006 3342  
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com  
Horarios de Atención: Lunes a Jueves de 8:30 a 17:00 horas y Viernes de 8:30 a 14:00 horas

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)**

Av. Insurgentes Sur #762,  
Col. Del Valle, C.P. 03100,  
Ciudad de México.  
Correo electrónico:  
asesoria@condusef.gob.mx  
Teléfonos:  
En la Ciudad de México: 55 5340 0999  
En el territorio nacional: 800 999 8080

## Cláusula 11ª. Prescripción

---

Conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en dos años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. Las partes quedan en el entendido que el vocablo “acontecimiento”, según lo utiliza dicha Ley, se entenderá como la **Reclamación** en los términos de este Contrato.

## Cláusula 12ª. Jurisdicción

---

La cobertura de esta **Póliza** es aplicable a las **Reclamaciones** entabladas conforme a la jurisdicción y leyes que se menciona en el Punto 14 de la Carátula de la **Póliza**, presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante la **Vigencia de la Póliza** o en la **Prórroga para Notificaciones** en caso de que esta última sea contratada.

## Cláusula 13ª. Delimitación Territorial

---

La cobertura de esta **Póliza** es aplicable a las **Reclamaciones** entabladas en el territorio que se señala en el Punto 15 de la Carátula de la **Póliza**, presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante la **Vigencia de la Póliza** o en la **Prórroga para Notificaciones** en caso de que esta última sea contratada.

## Cláusula 14ª. Comisiones o Compensaciones a Intermediarios o Personas Morales

---

Durante la **Vigencia de la Póliza**, el **Asegurado** y/o **Contratante** podrá solicitar por escrito a la **Aseguradora** le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La **Aseguradora** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de dicha solicitud.

## Cláusula 15ª. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

---

El presente Contrato se ha celebrado con base en las declaraciones y datos proporcionados en el Formulario de Solicitud de Seguro, la solicitud o propuesta de aseguramiento que formuló el **Asegurado** a la **Aseguradora**, las cuales se entenderán parte integrante del presente Contrato. No obstante lo anterior, la **Aseguradora** ha aceptado el riesgo estrictamente en los términos y condiciones de la presente **Póliza**, sin que el contenido de la propuesta vincule a la Aseguradora para otorgar cobertura si ello no corresponde con lo estipulado en el presente Contrato.



Chubb Seguros México, S.A.  
Av. Paseo de la Reforma No. 250  
Torre Niza, Piso 7  
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
Ciudad de México, C.P. 06600

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: <http://e-portalif.condusef.gob.mx/recas> .

### **Cláusula 16ª. Pago de la Indemnización**

La Aseguradora, hará el pago de cualquier Indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido la totalidad de los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. El pago se efectuará en la cuenta bancaria que para tal efecto designe el reclamante.

### **Cláusula 17ª. Interés Moratorio**

En caso de que la Aseguradora, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado un interés moratorio en los términos del Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de 30 -treinta- días señalado en el Artículo 71 antes citado, siempre y cuando la Indemnización sea procedente.

### **Glosario de Preceptos Legales.**

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet <https://www.chubb.com/mx-es/about-us/referencias-legales-y-abreviaturas-no-comunes.aspx> sección "Referencias legales".

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

## **Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Daños)**

---

### **Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:**

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

### **Durante nuestra atención en el siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:**

1. 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 periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A saber que en los seguros de daños toda indemnización reduce en igual cantidad la suma asegurada, pero a solicitud del Asegurado ésta puede ser reinstalada previa aceptación de la Aseguradora, debiendo el Asegurado pagar la prima correspondiente.
4. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
5. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
6. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
7. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico **uneseguros@chubb.com**

### **Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:**

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la Compañía.
2. Explicar de manera general al Asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
3. Como representante de la Compañía, asesorar al Asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
4. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la Compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
5. Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.
6. Entregar a la Compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

## ¿Qué Hacer en Caso de Siniestro?

---

### **Clientes Asegurados de Propiedad, Responsabilidad Civil, Líneas Financieras o Transporte**

Si necesita reportar un siniestro de Propiedad, Responsabilidad Civil, Líneas Financieras o Transporte puede utilizar alguno de estos medios:

- En la República Mexicana favor de comunicarse al **800 3627 288** y **5061 6222**
- Desde cualquier parte del mundo: **52 81 8048 5200**
- Contacte a su agente
- Envíe un correo a: [FNOLMexico.Claims@Chubb.com](mailto:FNOLMexico.Claims@Chubb.com)

**Agradeceremos en caso de llamada tener a la mano, la siguiente información o hacer referencia si usa otro medio.**

- Número de Póliza
- Nombre del Asegurado
- Fecha de ocurrencia
- Breve descripción de lo ocurrido
- Dirección donde se localiza el riesgo
- Nombre y teléfono de contacto

Una vez reportado el reclamo, le pedimos esperar a que uno de nuestros ajustadores le contacte, para establecer una cita, realizar la inspección al lugar afectado en caso de que corresponda y en función a la cobertura reclamada le entregará o le hará llegar un carta solicitud de documentos, los cuales deberán recabar para dar trámite a su reclamación.

**Fecha dd de mm de aaaa**

---

Firma Funcionario Autorizado  
**Chubb Seguros México, S.A.**

Especificación que se agrega y/o forma parte integrante de la Póliza **XX-XXXX** Expedida por **Chubb Seguros México, S.A.**

### **Cláusula OFAC**

---

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el Asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la Aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro Asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

**Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:**

**Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.**

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 8 de octubre de 2014 con el número CGEN-S0039-0131-2014 / CONDUSEF-001951-05.

Fecha dd de mm de aaaa

---

Firma Funcionario Autorizado  
**Chubb Seguros México, S.A.**

## Aviso de Privacidad

---

**Chubb Seguros México, S.A.**, con domicilio en Edificio Capital Reforma, Ave. Paseo de la Reforma No. 250 Torre Niza Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, Distrito Federal, Es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección **[www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)**

## Cláusula de Agravación del Riesgo

---

**Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.**

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Las obligaciones de Chubb Seguros México, S.A. 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 le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Con independencia de todo lo anterior, en caso de que, en el presente 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 de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, 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 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 lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Chubb Seguros México, S.A., 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.

Chubb Seguros México, S.A. consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro 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.

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 18 de Diciembre de 2020, con el número RESPS0039-0008-2020/CONDUSEF-001951-05.





Edificio Capital Reforma  
Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7  
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06600 México, Ciudad de México  
Régimen Fiscal: Régimen General de Ley Personas Morales Version 3.2

Tel.: 55 52 58 58 00  
Fax: 55 52 58 58 99 / 55 52 59 70 45  
www.chubb.com/mx  
RFC: ASE-901221-SM4

## Recibo de Pago de Primas

|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
|-----------------------------------|----------|----------------------|------------------|----------------------------------|---------------|-------------|
| Asegurado                         |          |                      |                  |                                  |               | QR Code     |
|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
| Oficina                           | Ramo     | No. de Póliza        | No. Endoso       | Convenio                         | Recibo        | Moneda      |
|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
| Condiciones de Pago               |          | Método de Pago       | Unidad de Medida |                                  | Forma de Pago | Cantidad    |
|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
| Prima Neta                        | Recargos | Gastos de Expedición |                  | Sub Total                        | IVA 16%       | Prima Total |
|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
| Total en Letras                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |
| Este Recibo Ampara                |          |                      | Serie / Folio    |                                  | Folio Fiscal  |             |
| Desde                             |          | Hasta                |                  |                                  |               |             |
| Lugar, Fecha y Hora de Expedición |          |                      |                  | No. Serie Certificado del Emisor |               |             |
|                                   |          |                      |                  |                                  |               |             |

Ciudad de México, AAAA-MM-DDT HH:MM:SS

### Este documento es una representación impresa de un CFDI

Fecha AAAA-MM-DDT HH:MM:SS

No. Certificado SAT

Sello Digital del CFDI

Fecha Certificación AAAA-MM-DDT HH:MM:SS

Cadena Original

Sello Digital

Folio Fiscal Original

Fecha Comprobante Original

Serie del Comprobante Original

Monto Total Comprobante Original

En caso de que el importe de la Póliza de seguro por el cual expedimos este comprobante sea pagado con cheque, el mismo deberá ser librado a favor de "Chubb Seguros México, S.A." Así mismo la póliza deberá ser liquidada dentro de los treinta días naturales posteriores al inicio de su vigencia y en pagos fraccionados, los recibos subsecuentes estos deberán de ser liquidados en forma inmediata al inicio de vigencia del recibo. En caso contrario el Asegurado perderá todo derecho en caso de siniestro.

### Asegurado

Para obtener el XML de la presente factura deberá de ingresar a nuestra página web en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/mx-es>

Los datos a ingresar deberán de ser los siguientes:

Autorización de la c.N.S.F. En el oficio 03310 del 11/1/78

Folio

## Contacto

---

Av. Paseo de la Reforma 250  
Torre Niza, Piso 7  
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001

# Formulario de Solicitud

## Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médicos

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por asegurador. Una vez analizada la información proporcionada por la compañía, el asegurador se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza. La veracidad en las declaraciones del proponente se considera elemento esencial de esta propuesta, por lo tanto es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

### Datos del Asegurado

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Nombre             |            |
| Cédula Profesional | RFC        |
| Dirección          |            |
| Colonia            | Delegación |
| CP                 | Ciudad     |
| E-mail             | Teléfono   |

### Datos sobre el Riesgo

|                                        |                                                                                              |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Especialidad médica ejercida           |                                                                                              |
| Universidad donde realizó sus estudios |                                                                                              |
| Año de Titulación                      | ¿Realiza actualizaciones constantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

### Servicios Médicos Profesionales

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |             |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|
| Tipo de institución donde presta sus servicios: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Práctica privada personal <input type="checkbox"/> Otra                          |                                                                                                    |             |                             |
| Número de Pacientes atendidos por año                                                                                                                                                                                       | Porcentaje por tipo de atención<br>% Cirugías                      % Partos                      % |             |                             |
| Número de empleados bajo su supervisión: Enfermeras:                                                                                                                                                                        | Técnicos:                                                                                          | Auxiliares: | Empleados no profesionales: |
| ¿Sus empleados reciben capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿La capacitación es proporcionada por una institución calificada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                                                                    |             |                             |

### Documentación y Control

|                                                                                                             |                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sus recetas son realizadas: <input type="checkbox"/> A mano <input type="checkbox"/> Impresas               | ¿Mantiene Ud. una copia de las recetas que elabora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se documenta la historia clínica del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     | En su caso, se almacena en un archivo <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Digitalizado |
| En su caso, durante cuánto tiempo almacena Ud. los expedientes médicos / historia clínica de sus Pacientes: |                                                                                                             |

### Siniestralidad

|                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Existen actualmente Reclamaciones abiertas presentadas en contra del Solicitante derivadas de la prestación de Servicios Médicos Profesionales                                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Han existido en el pasado Reclamaciones presentadas en contra del Solicitante por la prestación se Servicios Médicos Profesionales                                                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene conocimiento el Solicitante de la existencia de alguna circunstancia que pueda generar una Reclamación por daños causados a un Paciente por la prestación de Servicios Médicos Profesionales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿El Solicitante ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?

Sí

No

En caso de se haya respondido “SI” a cualquiera de los puntos anteriores, favor de brindar información detallada conteniendo al menos: Nombre del Paciente, Año de ocurrencia del incidente reclamado, Información detallada de la Reclamación, Estatus actual (pendiente / cerrado), Valor de la Indemnización / pena criminal sentenciada.

Seguros

Fecha en la que adquirió por primera vez sin interrupción una póliza de RC Profesional Médica:

Primera vez

¿Desea contratar cobertura con Fecha Retroactiva al inicio de vigencia especificado en la pregunta anterior?

Sí

No

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| Límite Actual | Límite Solicitado |
|---------------|-------------------|

Con respecto la cobertura del seguro para Responsabilidad Civil Profesional de Médicos o seguros similares, por favor provea una historia de pólizas vigentes en el pasado:

| Compañía de Seguros | Vigencia de la Póliza | Límite de Responsabilidad | Deducibles | Prima |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|------------|-------|
|                     |                       |                           |            |       |
|                     |                       |                           |            |       |

Nota:  
El abajo firmante declara que todas las afirmaciones e informaciones aportadas en la presente solicitud son verdaderas. La firma de la solicitud no compromete al firmante a formalizar el seguro, pero se acuerda por la presente que esta solicitud será la base del contrato si se emite una póliza y que la presente solicitud se considerará parte de la póliza emitida. El abajo firmante declara que ninguna persona o entidad para la que se solicita cobertura del seguro conoce ningún hecho, circunstancia o situación distintos de los declarados en esta solicitud que indique la posibilidad de un reclamo que pudiera estar cubierto por el seguro solicitado. Se acuerda y queda entendido por el presente que, en caso de que antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza haya algún cambio sustancial en las respuestas a las preguntas contenidas en la presente solicitud, el solicitante lo notificará al asegurador, quien podrá, según su criterio, modificar o retirar cualquier cotización previa.  
El asegurador queda autorizado a hacer cualquier investigación o preguntas en conexión con esta solicitud en la medida en que lo estime necesario. Queda garantizado que la información y declaraciones contenidas en la presente solicitud para la póliza y cualquier material que la acompañe (los cuales serán archivados por el asegurador y serán considerados parte de la solicitud, como si la integraran físicamente) son la base para la póliza y serán considerados incorporados a ella y parte de la misma.

Fecha

Firma

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.



## CARÁTULA

## PÓLIZA DE SEGURO

Chubb Seguros México, S.A. (en lo sucesivo la “Compañía”), asegura a favor de la persona identificada como “Asegurado” los bienes y riesgos más adelante detallados, de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza durante la vigencia establecida.

|                                            |                       |                                                 |                       |
|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Póliza</b>                              |                       | <b>Vigencia:</b> Del 12:00 horas al 12:00 horas |                       |
| <b>Inciso: 1</b>                           | <b>Endoso:</b>        | <b>Tipo de endoso:</b>                          | <b>Asegurado:</b>     |
| <b>Datos del asegurado y/o propietario</b> |                       |                                                 |                       |
| <b>Asegurado:</b>                          |                       | <b>C.P.:</b>                                    |                       |
| <b>Domicilio:</b>                          |                       | <b>Teléfono:</b>                                |                       |
|                                            |                       | <b>R.F.C.:</b>                                  |                       |
| <b>Datos generales de la póliza</b>        |                       |                                                 |                       |
| <b>Póliza anterior:</b>                    |                       | <b>Moneda:</b>                                  | <b>Forma de pago:</b> |
| <b>Fecha de emisión:</b>                   |                       | <b>Descuento:</b>                               |                       |
| <b>Paquete:</b>                            |                       |                                                 |                       |
| <b>Clave interna del agente:</b>           |                       |                                                 |                       |
| <b>Características del riesgo</b>          |                       |                                                 |                       |
| <b>Dirección:</b>                          |                       |                                                 |                       |
| <b>Descripción:</b>                        |                       |                                                 |                       |
| <b>Secciones amparadas</b>                 |                       |                                                 |                       |
| <b>SECCIÓN:</b>                            |                       |                                                 | <b>Prima</b><br>\$    |
| <b>Coberturas</b>                          | <b>Suma asegurada</b> | <b>Deducible</b>                                | <b>Coaseguro</b>      |
|                                            |                       |                                                 |                       |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Prima Neta                          |  |
| Otros Descuentos                    |  |
| Financiamiento por Pago Fraccionado |  |
| Gastos de Expedición                |  |
| I.V.A.                              |  |
| <b>Prima Total</b>                  |  |

Notas

UMA - Unidad de Medida y Actualización  
Descripción de abreviaturas en Condiciones Generales.

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

Es obligación del asegurado dar aviso a la compañía tan pronto tenga conocimiento de haberse presentado alguna de las circunstancias o sucesos previstos en los términos de esta póliza, ya que el derecho a tal protección depende del cumplimiento del asegurado de esta obligación de aviso.

Al recibir esta carátula de póliza se entregan también las condiciones generales y particulares que integran su contrato de seguro, le invitamos a consultarlas, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de este seguro; de igual forma las podrá consultar en la página web [www.chubb.com/mx](http://www.chubb.com/mx)

**Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE):**  
Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Cd. de México. **Teléfono:** 800 006 33 42 **Correo electrónico:** [uneseguros@chubb.com](mailto:uneseguros@chubb.com)  
**Horarios de Atención:** Lunes a jueves de 8:30 a 17:00 hrs. Viernes de 8:30 a 14:00 hrs.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):**  
Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. **Correo electrónico:** [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)  
**Teléfonos:** En la Ciudad de México: (55) 5340 0999 En el territorio nacional: 800 999 8080

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 03 de Agosto de 2009 con el número CNSF S0039-0033-2009 y con número MODI-S0039-0001-2025 de fecha 10 de abril de 2025/ CONDUSEF 001951-05.

En testimonio de lo cual la Compañía firma la presente póliza en:

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| Lugar y Fecha | Funcionario Autorizado |
|---------------|------------------------|

Condiciones aplicables a esta póliza

Condiciones especiales

Descripción de condiciones aplicables a esta póliza

| Contacto                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Reporte de siniestro:</b><br>Cd. de México, Monterrey y Guadalajara<br>Teléfono: 55 50 61 62 22<br>Resto del país: 800 8000 223 | <b>Servicio a clientes:</b><br>Cd. de México, Monterrey y Guadalajara<br>Teléfono: 81 12 53 39 39<br>Resto del país: 800 712 28 28 | <b><a href="http://www.chubb.com/mx">www.chubb.com/mx</a></b> |