



Seguro de Accidentes Personales Individual y/o Familiar

Condiciones Generales

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I CLÁUSULAS GENERALES	3
1. DEFINICIONES	3
1.1 Accidente	3
1.2 Contratante	3
1.3 Asegurado	3
1.4 Asegurado Titular	3
1.5 Compañía	3
1.6 Beneficiario	3
1.7 Edad	3
1.8 Endoso	3
1.9 Exclusiones	3
1.10 Fecha de inicio de cobertura	3
1.11 Fecha de inicio de vigencia	3
1.12 Fecha de término de vigencia	3
1.13 Deducible	4
1.14 Ocupación	4
1.15 Recibo de Pago	4
1.16 Reclamación	4
1.17 Solicitud	4
1.18 Familia	4
1.19 Impuestos	4
1.20 Prima de Tarifa	4
1.21 Derechos de Póliza	4
1.22 Dolo	4
1.23 Culpa Grave	4
2. OBJETO DEL SEGURO	4
3. CONTRATO	4
4. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	5
5. DISPUTABILIDAD	5
6. MODIFICACIONES	5
7. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	5
8. OCUPACIÓN	5
9. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	5
10. EDAD	5
11. SUMA ASEGURADA	6
12. RECLAMACIONES	6
13. INDEMNIZACIÓN	7
14. PRIMA	7
15. TERRITORIALIDAD	8
16. REHABILITACIÓN	8
17. RENOVACIÓN	8
18. CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	8
19. TERMINACIÓN ANTICIPADA	9
20. REVELACIÓN DE COMISIONES	9
21. VIGENCIA	9
22. MONEDA	9
23. PRESCRIPCIÓN	9

24.INTERÉS MORATORIO	10
25.COMPETENCIA	10
26.ARTÍCULOS Y ABREVIATURAS	10

SECCIÓN II COBERTURAS 10

1. MUERTE ACCIDENTAL	10
2. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS	11-
3. PÉRDIDAS ORGÁNICAS	11
3.1. Cobertura Escala "A"	11
3.2. Cobertura Escala "B"	12
3.3. Definición de pérdida orgánica	12
3.4. Indemnización máxima	12
4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	12
4.1. Sistema de Pago Directo a Proveedores Participantes en la Red Médica	13
4.2. Sistema de Pago por Reembolso	13
4.3. Aplicación del Deducible	13
5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	14

SECCIÓN III SERVICIO DE ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN FUNERARIA PARA EL ASEGURADO TITULAR 15

1. DISPOSICIONES GENERALES	15
2. DEFINICIONES PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA	15
3. CONDICIONES DE ASISTENCIA	15
4. EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA	17

AVISO DE PRIVACIDAD	18
---------------------	----

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I CLÁUSULAS GENERALES.

1. Definiciones:

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro.

1.1. Accidente.

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza y que la muerte ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente y como consecuencia del mismo.

1.2. Contratante.

La persona que celebre el contrato de Seguro con la Compañía y se obligue al pago de la prima.

1.3. Asegurado.

Es la persona física que se encuentra amparada por los beneficios del seguro contratado bajo esta póliza;

1.4. Asegurado Titular.

Es la persona física que ha contratado el Seguro para asegurarse contra los riesgos amparados a sí y a su familia.

1.5. Compañía.

Es la persona moral denominada UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V., constituida de acuerdo con las leyes mexicanas aplicables a la materia como Institución de seguros, que asume el riesgo amparado por la Póliza.

1.6. Beneficiario.

Persona designada en la Póliza por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro.

1.7. Edad.

Se entiende la edad cronológica que tiene un asegurado en una fecha determinada.

1.8. Endoso.

Documento que modifica o condiciona en cualquier sentido alguno de los alcances del contrato, sin modificar las demás condiciones generales del mismo.

1.9. Exclusiones.

Situaciones, eventos o circunstancias que en caso de presentarse no estarán cubiertos por esta Póliza.

1.10. Fecha de inicio de Cobertura.

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados, en lo individual, cuenta con la protección ofrecida en este Contrato.

}

1.11. Fecha de inicio de Vigencia.

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

1.12. Fecha de término de Vigencia.

Fecha en la cual concluye la vigencia del Contrato de Seguro, estipulada en la carátula de la Póliza.

1.13. Deducible.

Es la suma de dinero o porcentaje que se establece en la póliza de seguro como no indemnizable por la Compañía, siendo el límite mínimo que debe rebasar la reclamación para que pueda ser sujeta de una Indemnización por parte de la Compañía. Se aplica exclusivamente a la cobertura de Gastos Médicos por Accidente.

1.14. Ocupación.

Actividad desempeñada por el Asegurado con la cual obtiene ingresos lícitos.

1.15. Recibo de Pago.

Es el documento emitido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

1.16. Reclamación.

Es el trámite que realiza el Beneficiario ante la Compañía, para obtener, en su caso, el beneficio del Contrato a consecuencia de Muerte Accidental del Asegurado.

1.17. Solicitud.

Documento que contiene la voluntad del Contratante para adquirir un seguro, pero que no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Compañía, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

1.18. Familia:

Se considera, para los efectos de esta Póliza, como Familia susceptible de ser Asegurada, al cónyuge o concubino/a, padres e hijos del Asegurado Titular: es requisito fundamental, para que puedan ser considerados como Asegurados, que en la Póliza de Seguro sean denominados específicamente como tales por sus nombres propios y se paguen las primas respectivas.

1.19. Impuestos: el Impuesto al Valor Agregado (IVA)

1.20. Prima de Tarifa: monto unitario necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, de adquisición y de administración, así como el margen de utilidad previsto.

1.21. Derechos de Póliza: los derechos de póliza, también conocidos como gastos de expedición, son un costo fijo que el contratante o Asegurado debe pagar a la aseguradora una única vez cuando se emite una póliza nueva

1.22. Dolo:

Cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en el a alguno de los contratantes.

1.23. Culpa Grave:

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones.

2. OBJETO DEL SEGURO.

La Compañía conviene en amparar a los Asegurados contra Accidentes Personales, conforme a los términos y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.

3. CONTRATO.

Esta póliza, integrada por su carátula, las presentes Condiciones Generales, su solicitud de seguro y los endosos que se le agreguen constituyen prueba del Contrato de seguro celebrado entre la Compañía el Contratante y/o el Asegurado.

4. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

5. DISPUTABILIDAD.

Este Contrato será disputable por omisiones o inexactas declaraciones del Contratante o el Asegurado, respecto de hechos relacionados con la apreciación del riesgo cubierto, durante los 2 (dos) primeros años continuos de su vigencia y en su caso, durante los 2 (dos) años continuos siguientes a su última rehabilitación.

6. MODIFICACIONES.

El Contrato de Seguro solo podrá modificarse previo acuerdo por escrito entre el Asegurado o el Contratante y la Compañía; lo anterior bajo el entendido que, en caso de ser aplicable al tipo de endoso o modificación, se utilizarán en las modificaciones los productos o cláusulas o endosos previamente registrados en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada de La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

7. 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 Contratante o 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”.

8. OCUPACIÓN.

Si el Asegurado cambia de ocupación, dentro de las veinticuatro horas siguientes a dicho cambio deberá avisar por escrito a la Compañía, quien estará facultada para rescindir el contrato o para extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicho cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito del cambio de ocupación, la Compañía, en caso de siniestro, únicamente deberá devolver la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado, quedando liberada de cualquier obligación.

9. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- 9.1.** El Asegurado tiene derecho a nombrar a sus beneficiarios.
- 9.2.** En cualquier momento, el Asegurado podrá revocar la designación de Beneficiario, dando aviso por escrito a la Compañía. En caso de que el Asegurado haya notificado uno o más cambios de Beneficiario, la Compañía solo tomará en cuenta el último del que haya tenido conocimiento expreso.
- 9.3.** Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía pagara el importe del seguro al último Beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- 9.4.** El derecho de revocación cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, comunicándolo al beneficiario y a la Compañía por escrito.
- 9.5.** En caso de que el Asegurado no haya designado beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado.

10. EDAD.

- 10.1.** Como edad del Asegurado se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del seguro o, en su caso, a la fecha de renovación.
- 10.2.** Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 12 (doce) años como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años como máximo para la Cobertura de Muerte Accidental.

-
- 10.3.** Para las Coberturas de Reembolso de Gastos Funerarios, Gastos Médicos por Accidente y de Pérdidas Orgánicas son a partir de (cero) 0 meses hasta 65 (sesenta y cinco) años de edad como máximo.
- 10.4.** La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su Muerte Accidental, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.
- 10.5.** Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y esta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de La Compañía a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.
- 10.6.** Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
 - Si La Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
 - Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad.
 - Si con posterioridad a la Muerte Accidental del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, La Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

11.SUMA ASEGURADA.

Es el límite máximo de Responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y para cada cobertura, a consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, endosos, condiciones generales y especiales de la póliza.

12.RECLAMACIONES.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su realización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, situaciones en las que el aviso de Siniestro deberá darse tan pronto desaparezca el impedimento.

El reclamante, a su costo, presentará a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genere, en su caso, la obligación de la Aseguradora y el derecho de quien solicite el pago, para lo cual deberá presentar los documentos que se indican a continuación:

REEMBOLSO POR GASTOS MEDICOS Y/O PERDIDAS ORGÁNICAS

- -Aviso de accidente
- -Solicitud de reembolso.
- -Informe médico incluyendo estudios y radiografías si las hubiere
- -Facturas y desglose de gastos.
- -Estado de Cuenta bancario no mayor a 3 meses
- -Identificación oficial del titular del estado de cuenta.

-
- Copia certificada de las actuaciones de la autoridad correspondiente donde se informe como, cuando y donde sucedió el accidente

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL / GASTOS FUNERARIOS

- -Acta de defunción del asegurado certificado por el registro civil.
- -Acta de nacimiento / asegurado y beneficiario (certificadas).
- -Identificación oficial asegurado / beneficiario.
- -Formato de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios de seguro de accidentes personales.
- -Copia certificada de las actuaciones de la autoridad correspondiente donde se informe como, cuando y donde sucedió el accidente, anexando el informe de necropsia de ley.
- -Comprobante de domicilio del beneficiario.
- -Estado de cuenta.
- Carta petición de reclamación.
- Comprobante de los gastos funerarios efectuados

En los casos en que la documentación antes listada resulte insuficiente, la Compañía se reserva el derecho de requerir al Contratante, Asegurado y/o Beneficiario información o documentación adicional a la antes mencionada, siempre que se relacione con el siniestro y sea necesario para determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, en términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La Compañía, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y sin que constituya una obligación a su cargo, a comprobar a su costo, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado, o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, dará derecho a la Compañía a rechazar la reclamación presentada por el reclamante.

13. INDEMNIZACIÓN.

En caso de ser procedente el siniestro, la Compañía pagará al Asegurado, o en su caso, a los Beneficiarios designados, la indemnización que proceda dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

14. PRIMA. La prima a cargo del Asegurado se regirá conforme a las siguientes reglas:

- 14.1. La prima vence en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año. Para los efectos de este contrato se entenderá como fecha de celebración del contrato la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza.
- 14.2. La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el Asegurado ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Asegurado y la Compañía a la fecha de celebración del contrato.
- 14.3. EL ASEGURADO contará, como término convenido, con un plazo de gracia de 30 días naturales para el pago de la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades, dicho plazo se contará a partir del vencimiento de la prima.
- 14.4. Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (mediodía) del último día del período de gracia, si EL ASEGURADO no hubiese cubierto el total de la prima o de la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades. Las horas señaladas en esta fracción serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.
La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente.
- 14.5. En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y siempre que este transcurriendo el periodo de gracia, la Compañía podrá deducir de la

indemnización debida al beneficiario, el total de la prima que se encuentre pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

15.TERRITORIALIDAD.

Las coberturas amparadas por esta póliza se aplican exclusivamente en caso de eventos ocurridos dentro de la República Mexicana, con excepción de las coberturas de Muerte Accidental del Asegurado Titular y el "Servicio de Asistencia de Repatriación Funeraria para el Asegurado Titular" caso en el cual se amparan también los eventos ocurridos en los Estados Unidos de América.

16.REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la Cláusula de Primas de las Condiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los 90 (noventa) días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la Prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y La Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la Prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que

se amplíe la vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, La Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones, ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula.

17.RENOVACIÓN.

Esta póliza, se renovará, en las mismas condiciones en que fue contratada, a solicitud del Contratante o Asegurado presentada por escrito a la Aseguradora con 30 (treinta días) hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato de seguro. La solicitud escrita deberá contener todos los cambios a ser considerados en el nuevo ciclo de la póliza.

La renovación, en su caso, será por el mismo periodo de seguro originalmente contratado y no procederá cuando el Asegurado exceda el límite de edad de admisión pactado en la carátula del contrato. Las primas de renovación corresponderán a la edad alcanzada por el Asegurado conforme a las tarifas vigentes en la fecha de renovación.

18.CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

18.1. Si el Contratante, Asegurado, Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

18.2. Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación sustento de la reclamación.

18.3. Si hubiere en el siniestro actos dolosos o culpa grave de Contratante, Asegurado, Beneficiario o sus respectivos Causahabientes.

19. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que la Contratante podrá darlo por terminado anticipadamente, mediante notificación por escrito dada a la Compañía:

19.1. En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 60% de la Prima de tarifa (prima cobrada sin incluir derechos de Póliza ni impuestos) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza.

19.2. En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 50% de la Prima de tarifa (prima cobrada sin incluir derechos de Póliza ni impuestos) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza.

19.3. El Contratante deberá presentar en el domicilio de la Aseguradora un escrito solicitando la terminación anticipada. La Compañía, una vez que se cerciöre de la autenticidad del Contratante que formule la solicitud, otorgará el acuse de recibo correspondiente.

19.4. La Terminación anticipada surtirá efecto a partir de la fecha solicitada expresamente por el Contratante, la cual no podrá ser anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

19.5. La Compañía devolverá al Contratante la prima que corresponda dentro del término de 15 (quince) días naturales contados a partir de la recepción del escrito de solicitud de terminación anticipada.

20. REVELACIÓN DE COMISIONES.

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

21. VIGENCIA.

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de esta Póliza.

22. MONEDA.

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago en las oficinas de la Compañía.

Si la Póliza se contrató en dólares, la Compañía podrá efectuar la indemnización de cualquier siniestro, utilizando el tipo de cambio vigente publicado en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha del pago, de acuerdo a lo establecido por el artículo 8° de la ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos.

23. PRESCRIPCIÓN.

Conforme a lo establecido por el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el artículo 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

24. INTERÉS MORATORIO.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora, de conformidad con lo dispuesto en el 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 se haga exigible la obligación.

25. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de La Compañía o ante 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 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de La Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

26. ARTÍCULOS Y ABREVIATURAS.

Los preceptos legales mencionados en la presente Póliza, así como las abreviaturas de uso no común utilizados, en su caso, pueden ser consultados en la página <http://umbrella-seguros.com>.

SECCIÓN II COBERTURAS.

Las coberturas que se describen a continuación se encuentran sujetas a lo pactado en las Condiciones Generales de la póliza y a las condiciones particulares que se establecen específicamente para cada una de ellas.

1. MUERTE ACCIDENTAL.

Si como consecuencia directa de un accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de vigencia de esta Póliza, y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del accidente sobreviniese su muerte, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta Póliza.

Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta Cobertura son de 12 años como mínimo y de 65 años como máximo.

2. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente ocurrido en la República Mexicana y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte del Asegurado, la Compañía reembolsará a los Beneficiarios, previa comprobación, los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, por transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario hasta por el monto total de la suma asegurada para esta cobertura; para el caso de menores de doce años la suma asegurada para esta cobertura es de hasta sesenta (60) veces el salario mínimo general diario vigente en la Ciudad de México. Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta Cobertura son a partir de (cero) 0 meses hasta 65 (sesenta y cinco) años de edad como máximo.

3. PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

Si como consecuencia directa de un accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de vigencia de esta Póliza y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas enunciadas más adelante, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Escala "A" o "B", según se haya contratado y se indique en la carátula de la póliza. Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta Cobertura son a partir de (cero) 0 meses hasta 65 (sesenta y cinco) años de edad como máximo.

3.1. Cobertura Escala "A".

En la Cobertura de Pérdida Orgánicas se aplicará la siguiente tabla cuando se haya contratado la Cobertura Escala "A" y se indique así en la carátula de la póliza.

Tabla de Pérdidas Orgánicas Escala A	
Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de suma asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

Por pérdida de la mano su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.

Por pérdida del pie su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Por la pérdida de la vista en un ojo la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.

Por pérdida de un dedo la separación de dos falanges completas.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas al Asegurado durante la vigencia de este Contrato, en uno o en varios Accidentes; la Compañía pagará la Indemnización correspondiente a cada una de las pérdidas, sin que en ningún caso el pago total por las pérdidas que sufra sea superior a la Suma Asegurada.

3.2. Cobertura escala "B":

En las Cobertura de Pérdida Orgánicas se aplicará la siguiente tabla cuando se haya contratado la Cobertura Escala "B". y se indique así en la carátula de la póliza.

Tabla de Pérdidas Orgánicas Escala B	
Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

Por pérdida de la mano su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.

Por pérdida del pie su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.

Por la pérdida de la vista en un ojo la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.

Por pérdida de un dedo la separación de dos falanges completas. Cuando sean varias las pérdidas ocurridas al Asegurado durante la vigencia de este Contrato, en uno o en varios Accidentes; la Compañía pagará la Indemnización correspondiente a cada una de las pérdidas, sin que en ningún caso el pago total por las pérdidas que sufra sea superior a la Suma Asegurada.

3.3. Definición de pérdida orgánica.

Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o bien su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

3.4. Indemnización máxima.

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el asegurado sufriera en uno o más eventos varias pérdidas arriba especificadas.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

La Compañía pagará al Asegurado los gastos en que éste incurra, hasta la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura indicada en la carátula de la Póliza, si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse,

consumir medicamentos, o hacer uso de los servicios de médico, enfermera o ambulancia. Esta indemnización, si está contratada, será independiente de las otras a que tuviere derecho. Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta Cobertura son a partir del nacimiento y hasta 65 años de edad como máximo.

4.1. Sistema de Pago Directo a Proveedores Participantes en la Red Médica.

A efecto de proteger al Asegurado del impacto económico que puede generarse al ocurrir un accidente, la Compañía pagará directamente a los Proveedores de la Red de Hospitales y Médicos, los gastos médicos que procedan por motivo de la atención o servicios médicos proporcionados al Asegurado, que se encuentren amparados por ésta Póliza. Para hacer efectivo este pago, es necesario que el Asegurado sea atendido por Proveedores participantes de la Red y que su Póliza se encuentre vigente en la fecha en que se otorgó el servicio. Esta cobertura se sujeta a lo siguiente:

- a) El Asegurado deberá llamar al número 800 026 99 06 solicitando ser atendido en la Red Médica a consecuencia de un accidente cubierto; un asesor le atenderá telefónicamente, debiendo informarle del accidente y proporcionarle los datos de nombre, número telefónico, dirección y número de póliza; el asesor coordinará con el Médico u Hospital la cita y llamará al Asegurado para informarle el nombre, dirección, fecha y hora de la cita.
- b) Los gastos que resulten de prótesis dental y ambulancia serán cubiertos hasta un límite de 15% y 5% respectivamente, de la Suma Asegurada de esta Cobertura.
- c) La responsabilidad de la Compañía por uno o más eventos, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, por lo que, cualquier servicio médico adicional recibido, será a cargo del Asegurado.
- d) **Se excluyen gastos de acompañante, de lujo o recreativos.**

4.2. Sistema de Pago por Reembolso.

Esta cobertura se sujeta a lo siguiente:

- a) La Compañía sólo pagará los servicios médicos que sean proporcionados por instituciones o por personas físicas o morales autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad y que no sean familiares o socios del Asegurado.
- b) El Asegurado deberá entregar a la Compañía recibos o facturas con los requisitos fiscales respectivos.
- c) Los medicamentos y análisis clínicos o de gabinete deben ser prescritos por un médico, por lo que, al solicitar el reembolso, el Asegurado deberá presentar las recetas, órdenes médicas y los resultados de los análisis respectivos.
- d) Los gastos que resulten de prótesis dental y ambulancia serán cubiertas hasta un límite de 15% y 5% respectivamente, de la Suma Asegurada de esta Cobertura.
- e) La responsabilidad de la Compañía por uno o más eventos, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- f) **Se excluyen gastos de acompañante, de lujo o recreativos.**

4.3. Aplicación del Deducible.

Al monto procedente de la reclamación se descontará el porcentaje del deducible pactado para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente.

5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.

Las Coberturas que hayan sido contratadas quedarán excluidas cuando se originen por o sean consecuencia de:

5.1. Accidentes que se originen por participar en:

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) **Actos delictivos o riña en que participe directamente el Asegurado y éste sea sujeto activo.**

-
- 5.2. Salvo pacto en contrario, accidentes que se originen por participar en actividades como:
- a) El uso de taxis aéreos o aeronaves privadas, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - b) Participar en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - c) Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
 - d) Cualquier forma de navegación submarina.
 - e) La práctica ocasional, amateur o profesional de deportes peligrosos como por ejemplo, paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.
- 5.3. Los siguientes eventos:
- a) Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales;
 - b) Hernias o eventraciones, excepto si son de carácter accidental.
 - c) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto si son de carácter accidental.
 - d) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - e) Radiaciones ionizantes.
 - f) Tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.
 - g) Lesiones o accidentes provocados por culpa grave del Asegurado, como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.
- 5.4. Cualquier accidente ocurrido fuera del territorio de la República Mexicana, con excepción de las coberturas de Muerte Accidental del Asegurado Titular y el “Servicio de Asistencia de Repatriación Funeraria para el Asegurado Titular” caso en el cual se amparan también los eventos ocurridos en los Estados Unidos de América.

SECCIÓN III SERVICIO DE ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN FUNERARIA PARA EL ASEGURADO TITULAR.

1. DISPOSICIONES GENERALES.

La Compañía será responsable por los Servicios de Asistencia de repatriación funeraria para el Asegurado Titular que serán proporcionados por un tercero contratado por ésta, aplicándose las siguientes disposiciones:

- 1.1. Estos servicios podrán ser utilizados únicamente si la póliza se encuentra en vigor en el momento de la realización del siniestro amparado.
- 1.2. La vigencia de los Servicios de Asistencia iniciará en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.
- 1.3. El uso de los Servicios de Asistencia de la Compañía implica la conformidad de la

familia y/o del Familiar Solicitante con los términos y condiciones descritos en el presente documento.

2. DEFINICIONES PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA.

Las siguientes definiciones aplican para los Servicios de Asistencia descritos en esta sección.

- 2.1. Centro de Atención Telefónica: espacio físico en donde los Coordinadores Funerarios atienden los Servicios de Asistencia y asignan los servicios.
- 2.2. Coordinador Funerario: persona que dentro del Centro de Atención Telefónica atiende las llamadas de solicitud de los Servicios de Asistencia de Repatriación Funeraria, Asistencia Funeraria y Asistencia Legal Funeraria.
- 2.3. Cremación: se refiere al proceso de reducir a cenizas un cuerpo humano sin vida, utilizando altas temperaturas dentro de un horno crematorio.
- 2.4. Domicilio: lugar de residencia permanente del Asegurado Titular.
- 2.5. Inhumación: se refiere a la acción de enterrar un cuerpo humano sin vida en un panteón o cementerio.
- 2.6. Familiar Solicitante: persona que, en caso de Muerte Accidental del Asegurado Titular será el único responsable de la toma de decisiones durante la realización de los Servicios de Asistencia, dicha persona podrá ser un familiar directo o algún tercero. En cualquier caso deberá ser designado por la familia del Asegurado Titular, según corresponda.
- 2.7. Repatriación Funeraria: se refiere al traslado de los restos humanos, desde Estados Unidos de América a la República Mexicana.
- 2.8. Situaciones de Asistencia: significa todo acontecimiento ocurrido al Asegurado, en los términos y con las limitaciones descritas en el presente documento, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

3. CONDICIONES DE ASISTENCIA.

En caso de que el Asegurado Titular fallezca por Muerte Accidental en Estados Unidos de América, la Compañía otorgará el Servicio de Asistencia Funeraria en los siguientes términos:

- 3.1. Antes de iniciar cualquier trámite y a solicitud del Familiar Solicitante, la Compañía, a través del tercero designado para la prestación de este servicio de asistencia, coordinará y gestionará los servicios que a continuación se detallan, con un límite máximo de responsabilidad de un evento, hasta por \$5,000 USD (cinco mil dólares) o su equivalente en pesos mexicanos, tomando en cuenta el tipo de cambio del día en que se solicite el servicio, que no serán reembolsables.
- 3.2. En el Servicio de Asistencia Funeraria se coordinarán y gestionarán los siguientes servicios:
 - a) Recolección del cuerpo en la ciudad de origen.
 - b) Embalsamamiento / cremación hasta tener el cuerpo listo para su traslado. (**No incluye velación en el extranjero**).
 - c) Gestión de trámites consulares, sanidad, migración y aduana ante autoridades extranjeras, en caso de ser necesaria la traducción de los documentos.
 - d) Gestión de embalaje para poder realizar el traslado del cuerpo.
 - e) Traslado del cuerpo vía aérea o terrestre a la República Mexicana (sujeto a disponibilidad).
 - f) Pago del permiso para la transportación aérea o terrestre.
 - g) Trámites sanitarios y de internación en el aeropuerto o punto de llegada a la República Mexicana.

Una vez que el cuerpo se encuentre en la República Mexicana, los servicios serán los siguientes:

- h) Traslado del cuerpo a un domicilio designado, agencia funeraria o cementerio
- i) Uso de sala de velación por 24 horas o préstamo de equipo para velación en domicilio.
- j) Autobús de acompañamiento (en caso de ser necesario y sujeto a disponibilidad)

En caso de solicitar inhumación incluye:

-
- k)** Ataúd metálico básico (no incluye fosa).
En caso de solicitar cremación incluye:
- l)** Renta de Ataúd metálico básico.
 - m)** Urna básica para las cenizas (no incluye nicho para cenizas).
 - n)** Pago del uso del horno crematorio. Este servicio está sujeto a las disposiciones legales vigentes en la localidad que se trate y al procedimiento establecido por la autoridad.
- 3.3.** Para poder proceder a realizar la repatriación de restos es necesario que el cuerpo se encuentre liberado, esto significa que no esté detenido por ningún Gobierno Local o Federal o alguna Institución Gubernamental Competente. Si el cuerpo está liberado, se deberá contar con la documentación legal y la información requerida para poder gestionar la Repatriación Funeraria.
- 3.4.** En caso de requerirse algún Servicio de Asistencia antes descrito y previo a iniciar cualquier acción, el Familiar Solicitante deberá comunicarse a los teléfonos 800-026-9906, y proporcionar los datos siguientes:
- a)** Nombre del Asegurado Titular fallecido y número de póliza
 - b)** Indicar el tipo de asistencia que solicita.
 - c)** Indicar si requieren servicio de Inhumación o Cremación.
 - d)** El número telefónico donde se le puede contactar y parentesco del Familiar Solicitante.
 - e)** Nombre del Asegurado fallecido, edad, talla (estatura) y peso aproximado.
 - f)** Datos del lugar donde se encuentra el cuerpo del Asegurado fallecido, hospital, domicilio particular o autoridad competente.
 - g)** Causa de la muerte, Muerte Accidental o Muerte Natural y estatus legal de la defunción
 - h)** Lugar en que ocurrió la Muerte Accidental y, en su caso, destino final.
- 3.5.** Una vez recibida la solicitud, un Coordinador Funerario llevará a cabo las siguientes acciones:
- a)** Informa al Familiar Solicitante el procedimiento del servicio.
 - b)** Ratifica el Servicio de Asistencia y los requisitos legales a cubrir.
 - c)** Comunica al Familiar Solicitante el tiempo estimado para la prestación del Servicio de Asistencia.
 - d)** Le da seguimiento al Servicio de Asistencia solicitado hasta el término de la misma.
- 3.6.** Todas las solicitudes de servicio por la vía telefónica podrán ser grabadas y monitoreadas para efectos de calidad en el servicio, y dicha grabación será el medio de prueba en caso de controversia. En virtud de que las Asistencias se refieren a cuestiones funerarias, cualquier reclamación relativa a un Servicio de Asistencia objeto de este contrato, deberá ser presentada a la Compañía, para su debida atención, dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de la Muerte Accidental del Asegurado.
- 3.7.** El Familiar Solicitante está obligado a ejecutar todos los actos que faciliten la gestión y realización de los Servicios de Asistencia. Asimismo, el Familiar Solicitante y/o la familia del Asegurado deberán cooperar con la Compañía a fin de facilitar la prestación de los Servicios de Asistencia, mediante la entrega de los documentos necesarios y ayudar a completar las formalidades requeridas.
- 3.8.** Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayoría, contratistas independientes con la adecuada titulación y competencia según el momento y circunstancias en que se gestione los Servicios de Asistencia; por lo que la Compañía, será responsable únicamente por la gestión de los servicios de acuerdo a lo estipulado en las condiciones antes descritas.

4. EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA.

A las Asistencias les aplican las Exclusiones Generales aplicables a todas las coberturas. Adicionalmente, los Servicios de Asistencia Funeraria en ningún caso amparan:

- 4.1. Situaciones de Asistencia ocurridas antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza o después del término de vigencia de ésta, considerando la cancelación de la póliza por falta de pago de la prima respectiva.**
- 4.2. La reconstrucción del cuerpo para la Asistencia Funeraria del Asegurado Contratante.**
- 4.3. Los servicios funerarios como velación, entierro y otras ceremonias funerarias en el extranjero.**
- 4.4. Pagos de derechos administrativos distintos a los relacionados en las Asistencias.**
- 4.5. Los Servicios de Asistencia cuando el Familiar Solicitante o la familia del Asegurado no proporcionen la información veraz y necesaria para la atención del Servicio de Asistencia del que se trate.**
- 4.6. Los Servicios de Asistencia cuando no se acredite la personalidad del Asegurado Titular como Asegurado en la póliza.**
- 4.7. El reembolso por los servicios funerarios gestionados, contratados y pagados por cuenta de la familia del Asegurado o del Familiar Solicitante o cualquier tercero, salvo que, no habiéndose podido proporcionar las Asistencias amparadas, la Compañía haya autorizado en forma previa y por escrito la gestión directa de dichos servicios.**
- 4.8. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico y/o hospitalario que esté pendiente para liberar el cuerpo.**
- 4.9. Los Servicios de Asistencia cuando la Muerte Accidental del Asegurado Titular ocurra en algún país diferente a Estados Unidos.**
- 4.10. Los nichos y fosas.**
- 4.11. Los costos o servicios adicionales a los relacionados en los Servicios de Asistencia.**

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, con el número CNSF-S0124-0252-2022, de fecha 31 de enero de 2023.

AVISO DE PRIVACIDAD

De acuerdo a lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, declara UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V., ser una Institución de Seguros constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, como lo acredita según la Escritura Pública número 193,194, de fecha 17 de febrero de 2015, pasada ante la fe del Lic. Gabriel Moreno Mafud, Notario Público número 2, con ejercicio en Tijuana, Baja California, con domicilio ubicado en Calle Netzahualcoyotl, número 1660, interior 101, colonia Zona Urbana Río Tijuana, Municipio de Tijuana, Entidad Federativa Baja California, código postal 22120 y como responsable del tratamiento de sus datos personales, hace de su conocimiento que la información de nuestros clientes es tratada de forma estrictamente confidencial por lo que al proporcionar sus datos personales, tales como:

1. Nombre y/o Razón Social;
2. Dirección;
3. Registro Federal de Contribuyentes;
4. Teléfonos de Oficina y móviles;
5. Correo Electrónico;
6. CURP;
7. Plantilla de alumnos y/o personal de trabajo,

Estos serán utilizados para las siguientes finalidades:

- a) Proveer los servicios y productos solicitados;
- b) Informar sobre cambios en los mismos;
- c) Cumplir las obligaciones contraídas con los clientes mediante contratos y/o Convenios;
- d) Cumplir con la obligación legal, de identificar a las personas físicas y morales con las que, LAS ENTIDADES y las empresas vinculadas a ellas, celebren operaciones y contratos por disposición de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y/o identificación para la prestación de servicios contratados por parte de LAS ENTIDADES y/o empresas vinculadas a éstas;
- e) Ejecutar los convenios y contratos celebrados entre LAS ENTIDADES poseedora(s) de los datos personales y tercero(s) con quienes las primeras han celebrado acuerdos, contratos y convenios para la prestación de servicios a su nombre tales como los jurídicos, incluyendo la comunicación, transmisión y/o transferencia de sus datos personales para el cumplimiento de la finalidad contratada por cuenta de LAS ENTIDADES;
- f) Prestar servicios informativos que estén relacionados con el contrato, incluyendo los de carácter social, educativo, cultural, promocional o para ofrecer nuevos servicios y productos a nuestros clientes;
- g) Evaluar la calidad de los servicios que brindamos, y
- h) Fines estadísticos.

UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., podrá transferir los datos personales proporcionados por nuestros clientes, a terceros con quienes tenga celebrado algún tipo de acuerdo, contrato y/o convenio a su nombre, relacionados con los servicios solicitados por nuestros clientes, por lo cual será imperativo contar con la manifestación de consentimiento de parte de nuestros clientes, mediante la firma del presente aviso, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

A los terceros que se les transfiera la información personal de nuestros clientes, sólo se les proporcionará aquella que sea estrictamente necesaria, para el cumplimiento de sus servicios, dicha información no podrá ser utilizada para fines distintos a los solicitados; por lo que dichos terceros se obligan ante UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., a cumplir con lo señalado en este Aviso de Privacidad, con la finalidad de que la citada información sea tratada de conformidad con Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Con el fin de asegurar que la información sea utilizada bajo los términos establecidos en este Aviso de Privacidad, en los contratos que nuestra empresa celebre con terceros, se hará mención del presente aviso y la obligatoriedad de su cumplimiento.

Asimismo, le informamos a nuestros clientes que cuentan con el derecho de acceder, rectificar, cancelar, oponerse o revocar el tratamiento que le damos a sus datos personales, lo cual podrá realizar mediante la solicitud correspondiente presentada en las oficinas de UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V., ubicadas en Calle Netzahualcoyotl, número 1660, interior 101, colonia Zona Urbana Río Tijuana, Municipio de Tijuana, Entidad Federativa Baja California, código postal 22120; así también, hacemos de su conocimiento que el presente aviso y la solicitud antes mencionada, podrán ser consultados en nuestra página de internet <http://umbrella-seguros.com>

Al aceptar este Aviso de Privacidad y proporcionarnos sus datos personales, los clientes reconocen que entienden y aceptan la recopilación y transmisión de su información y datos personales por parte de UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., en cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

En caso de alguna consulta, reclamación o aclaración, podrá presentarla en la UNE de Atención a Usuario, la que dará respuesta en un plazo no mayor a 30 días

UNIDAD ESPECIALIZADA (UNE) DE UMBRELLA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.	
Domicilio de Oficina Matriz	Netzahualcoyotl 1660 - 101, Zona Urbana Río Tijuana C.P. 22010 Tijuana Baja
Teléfono:	01800 7880280
Domicilio de Oficina Guadalajara	Isla Australia número 2552, Bosques de la Victoria C.P. 44540.
Teléfono:	01800 7880280
Domicilio de Oficina Monterrey	Fray Toribio de Benavente número 78-B esquina San Antonio, Los Arcos, C.P.
Teléfono:	01800 7880280
Correo Electrónico	kalvarado@umbrella-seguros.com
Página Web	http://umbrella-seguros.com

DATOS DE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS	
Domicilio de Oficinas Centrales	Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100
Teléfono:	(55) 5448 7000
Teléfonos Interior de la República	01 800 999 8080
Página Web	www.condusef.gob.mx
REFERENCIAS	
Los preceptos legales mencionados en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultados en https://umbrella-seguros.com/	