



Umbrella

compañía de seguros

**Seguro de Accidentes
Personales Colectivo
Escolar.**

Experiencia General

Condiciones Generales

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I CLÁUSULAS GENERALES

1.- DEFINICIONES		17.- SISTEMA	
1.1 Accidente Escolar	2	AUTOADMINISTRADO	7
1.2 Asegurado	2	18.- TERMINACIÓN ANTICIPADA	7
1.3 Beneficiario	2	19.- RECLAMACIONES	7
1.4 Colectividad	2	20.- INDEMNIZACIÓN	8
1.5 Certificado	2	21.- OBLIGACIONES DE LA	
1.6 Compañía	2	CONTRATANTE	8
1.7 Contratante	2	22.- COMPROBACIÓN DEL	
1.8 Edad	2	SINIESTRO	8
1.9 Endoso	2	23.- PRIMA	9
1.10 Exclusiones	2	24.- VIGENCIA	9
1.11 Fecha de inicio de cobertura	2	25.- MODIFICACIONES Y	
1.12 Fecha de inicio de vigencia	2	NOTIFICACIONES	9
1.13 Fecha de término de vigencia	2	26.- OMISIONES O DECLARACIONES	
1.14 Integrante	2	INEXACTAS	10
1.15 Lugar de residencia	3	27.- MONEDA	10
1.16 Ocupación	3	28.- COMPETENCIA	10
1.17 Recibo de Pago	3	29.- PRESCRIPCIÓN	10
1.18 Reclamación	3	30.- INTERÉS MORATORIO	10
1.19 Reglamento del Seguro de		31.- LUGAR DE RESIDENCIA	11
Grupo	3	32.- REHABILITACIÓN	11
1.20 Solicitud	3	33.- CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS	
1.21 Seguro Colectivo	3	OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	11
2.- OBJETO DEL SEGURO	3		
3.- CONTRATO	3	SECCIÓN II COBERTURAS	
4.- COLECTIVIDAD ASEGURABLE	3	II. 1 MUERTE ACCIDENTAL	12
5.- COLECTIVIDAD ASEGURADA	3	II.2 REEMBOLSO DE GASTOS	
6.- INGRESOS POSTERIORES A LA		FUNERARIOS	12
COLECTIVIDAD ASEGURADA	3	II.3 PÉRDIDAS ORGÁNICAS	12
7.- CERTIFICADO INDIVIDUAL	4	1. Cobertura Escala "A"	12
8.- REGISTRO DE ASEGURADOS	4	2. Cobertura Escala "B"	12
9.- REPORTE DE MOVIMIENTOS	4	3. Definición de pérdida orgánica	13
9.1 Altas	4	4. Indemnización máxima	13
9.2 Bajas	4	II.4 REEMBOLSO DE GASTOS	
10.- DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL		MÉDICOS	13
SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD	4	1. Condiciones de la cobertura de	
11.- BENEFICIARIOS	5	reembolso de gastos médicos	13
12.- EDAD ALCANZADA	5	II. 5 EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS	
13.- CAMBIO DE CONTRATANTE	6	LAS COBERTURAS	14
14.- OCUPACIÓN	6		
15.- SUMA ASEGURADA	6	AVISO DE PRIVACIDAD	16
16.- AJUSTE A LA SUMA			
ASEGURADA	7		

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 Escolar

Aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona mientras:

- a) Realice actividades escolares en las instalaciones de la escuela.
- b) Asista a excursiones, actividades deportivas o cualquier evento organizado y supervisado por las autoridades de la escuela.
- c) Viaje en grupo directamente hacia o desde el lugar donde se realicen tales eventos, dentro de la República Mexicana, y se encuentre bajo la supervisión de la referida autoridad.
- d) Realice el viaje ininterrumpido de su domicilio a la escuela o viceversa.

1.2 Asegurado

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada amparado por la Póliza.

1.3 Beneficiario

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

1.4 Colectividad.

A cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

1.5 Certificado.

A los certificados individuales de seguro colectivo.

1.6 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.

1.7 Contratante

Persona física o moral que celebra el contrato de Seguro Colectivo Escolar con la Compañía y que es responsable ante la Compañía de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad.

1.8 Edad

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

1.9 Endoso

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

1.10 Exclusiones

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

1.11 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.

1.12 Fecha de inicio de Vigencia.

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

1.13 Fecha de término de Vigencia

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

1.14 Integrante.

A cualquier persona que forme parte de la Colectividad Asegurada.

1.15 Lugar de residencia

Lugar donde el asegurado radica permanentemente y tiene su domicilio habitual. Solo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual se encuentre dentro de la República Mexicana.

1.16 Ocupación

Actividad desempeñada por el Asegurado y por la cual percibe un salario de manera periódica.

1.17 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 el se señala.

1.18 Reclamación

Es el trámite que realiza el Beneficiario ante la Compañía, para obtener, en su caso, el beneficio del Contrato a consecuencia del fallecimiento del Asegurado por un Accidente.

1.19 Reglamento del Seguro de Grupo

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

1.20 Solicitud

Documento que contiene la voluntad del Contratante para adquirir un seguro, pero que no representa garantía alguna 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.

1.21 Seguro Colectivo.

Al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a una Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades prevista en los artículos 25 fracción II y 27 fracciones III, IV y V de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

2. –Objeto del Seguro.

La Compañía conviene en Asegurar contra Accidentes la actividad escolar de la Colectividad integrada por los alumnos, personal docente y administrativo del Colegio o Escuela representado por el Contratante, conforme a los términos y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.

3. Contrato.

Forman parte y constituyen prueba de este contrato: la Solicitud de Seguro, esta Póliza, el registro de asegurados, los consentimientos, los certificados, la carátula de la Póliza, Condiciones Generales y las cláusulas adicionales.

4. Colectividad Asegurable

Está constituida por los alumnos, personal docente y administrativo del Colegio o Escuela representado por el Contratante y cuyas características se mencionan específicamente en la carátula de la póliza, y que son susceptibles de formar parte de la Colectividad Asegurada siempre que reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo.

5. Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Compañía por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la Compañía.

6. Ingresos Posteriores a la Colectividad Asegurada

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos adicionales para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos adicionales para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

7. Certificado Individual

La Aseguradora expedirá un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, el cual entregará al Contratante y que contendrá como mínimo la siguiente información: número de Póliza, número de certificado, vigencia del seguro, datos del Asegurado, coberturas contratadas, Periodos de Espera y de Eliminación, indemnización en caso de siniestro y relación de Beneficiarios. Tratándose de pólizas autoadministradas, la Contratante se encuentra obligada a hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento de Seguro de Grupo.

En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Certificado correspondiente.

8. Registro de Asegurados.

Con base en los datos proporcionados por el contratante, La Compañía elaborará un registro para el periodo de seguro pactado, que contendrá, entre otros datos: nombre, fecha de nacimiento, beneficios contratados y Prima de cada asegurado.

9. Reporte de Movimientos.

El Contratante debe de reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha que ocurran, salvo convenio específico.

9.1 Altas. Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten.

9.2 Bajas. Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta póliza, dejando de pertenecer a la Colectividad Asegurada, y los Beneficios para ellas cesarán desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

10. Derecho de los Asegurados al separarse de la Colectividad.

Únicamente cuando el Seguro Colectivo contratado tenga por objeto otorgar una prestación laboral al personal docente y administrativo del Contratante, la Compañía otorga al miembro que se separe definitivamente de la Colectividad Asegurada el derecho de Conversión a una póliza de Accidentes Personales individual con las siguientes características:

La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad

alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

Para ejercer este derecho, la persona separada de la Colectividad deberá presentar su solicitud a la Compañía dentro de los 30 días naturales a partir de su separación.

11. Beneficiarios.

En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- 11.1** Cada miembro de la Colectividad Asegurada, mayor de edad, es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.
- 11.2** Cuando el miembro de la Colectividad Asegurada tenga doce años cumplidos o más, pero aun sea menor de edad, podrá designar beneficiario(s) mediante su consentimiento personal y el de su representante legal, ya sea padre o tutor.
- 11.3** En cualquier momento, el Asegurado podrá revocar la designación de Beneficiarios, dando aviso por escrito a la Compañía, sobre su decisión y remitirá su Certificado para la anotación correspondiente.
- 11.4** 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.
- 11.5** Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- 11.6** El derecho de revocación cesará cuando el Asegurado haga renuncia de él, haciéndolo constar en el Certificado correspondiente, comunicándolo al beneficiario y a la Compañía por escrito.
- 11.7** Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a la Compañía la Suma Asegurada que les corresponda,

de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.

- 11.8** En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.
- 11.9** Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.
- 11.10** De igual manera, en caso de que el Asegurado, mayor o menor de edad, no haya designado beneficiario, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

12. Edad alcanzada

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.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 12 años como mínimo y de 65 años como máximo para la Cobertura de Muerte Accidental. Para las Coberturas de Reembolso de Gastos Funerarios, Reembolso de Gastos Médicos y de Pérdidas Orgánicas son de 3 meses como mínimo a 65 años de edad como máximo.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Compañía lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta 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.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- 12.1** 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.
- 12.2** 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.
- 12.3** 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.
- 12.4** Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los

límites de admisión autorizados, La Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

13. Cambio de Contratante.

Cuando hay un cambio de Contratante en los seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral al personal docente y administrativo del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo.

14. Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, deberá avisar inmediatamente 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.

15. 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.

16. Ajuste a la Suma Asegurada.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la pactada o con la regla para determinarla, la Compañía, pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la suma asegurada pactada o regla para determinarla. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a la solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el Certificado.

En uno u otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

17. Sistema Autoadministrado

En caso de que en la carátula de la póliza se haya pactado que el sistema de la póliza es Autoadministrado, se aplicará lo siguiente:

- 17.1 La Contratante se encargará de Administrar la documentación e información relacionada con la póliza de seguro de grupo.
- 17.2 La Contratante se encuentra obligada a hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento de Seguro de Grupo.
- 17.3 La Contratante reportará a la Compañía los movimientos de altas y bajas de los miembros de la Colectividad Asegurada en forma mensual, mediante un listado que deberá contener los mismos datos que los proporcionados a la Compañía para la elaboración del Registro de Asegurados inicial. Con base en dicha información la Compañía efectuará el cálculo de primas correspondiente.
- 17.4 La Compañía tendrá acceso a la información y documentación manejada por la Contratante en relación con la Administración de la póliza a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento de Seguro de Grupo, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros.

18. 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:

- 18.1 En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros 30 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.
- 18.2 En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la Póliza, La Compañía devolverá el 60% de la Prima neta (sin incluir derechos de Póliza, impuestos ni comisiones) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza.
- 18.3 El Contratante deberá presentar en el domicilio de la Aseguradora un escrito solicitando la terminación anticipada. La Compañía, una vez que se cerciore de la autenticidad del Contratante que formule la solicitud, otorgará el acuse de recibo correspondiente.
- 18.4 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.
- 18.5 La Compañía devolverá al Contratante la prima que corresponda dentro del término de 15 días naturales contados a partir de la recepción del escrito de solicitud de terminación anticipada.

19. Reclamaciones

Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes a su realización.

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

La Compañía, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, 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.

20. Indemnización

En caso de ser procedente el siniestro, la Compañía pagará a los Beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación. Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equivoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía. Cualquier Prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización

21. Obligaciones de la Contratante

Es obligación de la Contratante, informar o entregar a la Compañía lo siguiente:

21.1 Si el objeto del contrato de Seguro Colectivo es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo de la Contratante, deberá informarlo en la solicitud de seguro.

21.2 Los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.

21.3 El ingreso a la Colectividad de integrantes nuevos.

21.4 La separación definitiva de Integrantes de la Colectividad Asegurada.

21.5 Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

21.6 Los nuevos consentimientos de los Asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas.

La información y/o documentación deberá proporcionarse a la Compañía, por escrito, dentro del término de quince días naturales contados a partir de que se realice el evento que les de origen. En caso de que la Contratante omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada no surtirán efecto los ingresos, cambios o modificaciones que se pretendan.

22. Comprobación del Siniestro

La Compañía tendrá el derecho de exigir a la Contratante, Asegurado y/o Beneficiario toda clase de información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que el Asegurado y/o Beneficiario deben proporcionar a la Compañía, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario o sus representantes, 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 o información de que trata el párrafo anterior.

23. Prima

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

- 23.1** La prima de la Colectividad Asegurada deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada una de los Asegurados, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.
- 23.2** 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.
- 23.3** La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el Contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante o Asegurado y la Compañía a la fecha de celebración del contrato.
- 23.4** El Contratante o Asegurado gozará de un periodo de gracia, de 30 días naturales contados a partir del vencimiento de la prima, para liquidar la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades.
- 23.5** Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día del período de espera convenido, si el Contratante o 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 este inciso 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.

- 23.6** En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y siempre que este transcurriendo el periodo de espera, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al beneficiario, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

- 23.7** La obligación del pago de primas será del Contratante. En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

24. Vigencia.

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

25. Modificaciones y Notificaciones.

Las condiciones generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Asegurado o el Contratante y La Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Es obligación del Asegurado avisar a La Compañía de los cambios de la información proporcionada en la Solicitud del Seguro. La Compañía evaluará si dichos cambios afectan el riesgo contratado, y si procede, modificará las condiciones del contrato, lo cual se notificará por escrito al Contratante y/o Asegurado.

Cualquier comunicación reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito, precisamente en su domicilio indicado en la carátula de la Póliza, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado anteriormente La Compañía al Contratante o Asegurado, estando obligada La Compañía a expedir constancia de la recepción.

26. Omisiones o Declaraciones Inexactas.

El Contratante y los Asegurados 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 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 hayan influido en la realización del siniestro en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Las respuestas del Asegurado a su cuestionario respectivo no han sido consideradas para la selección de riesgo, ya que el contrato se suscribe sin examen médico, sin embargo, el Asegurado se encuentra obligado a responder dicho cuestionario en forma fidedigna, toda vez que cualquier omisión o inexacta declaración en el mismo, lo hará disputable

27. Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en moneda nacional, conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos.

28. 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.

29. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán: en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento; en dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán 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.

30. 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.

31. Lugar de Residencia

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

32. Rehabilitación.

No obstante lo dispuesto en la Cláusula de Primas de las Condiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los 90 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 cualesquier 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.

33. Causas de Extinción de las Obligaciones de la Compañía

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

33.1 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.

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

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

34. 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.

SECCIÓN II COBERTURAS

Las coberturas que se describen a continuación se encuentran sujetas a lo pactado en las Condiciones Generales de la póliza

II.1 Muerte Accidental

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

Una vez que fallezca el Asegurado, se dará por terminado el certificado correspondiente.

Si a consecuencia del mismo accidente que causó la muerte se hubiesen hecho indemnizaciones por concepto de la cobertura por pérdidas orgánicas, aquellas se deducirán de la indemnización que proceda por muerte.

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

II.2 Rembolso de Gastos Funerarios.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, 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 el monto total de la suma asegurada. Los límites de admisión fijados por la Compañía para esta Cobertura son de 3 meses como mínimo y de 65 años como máximo.

II.3 Pérdidas Orgánicas.

Si a consecuencia de un accidente y dentro de los 90 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 de 3 meses como mínimo y de 65 años como máximo.

1. Cobertura Escala "A"

En las 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.

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. 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.

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.

II.4 Reembolso de Gastos Médicos.

La Compañía le reembolsará al Asegurado los gastos en que éste incurra, hasta la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, 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 de 3 meses como mínimo y de 65 años como máximo.

1. Condiciones de la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

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.

El Asegurado deberá entregar a la Compañía recibos o facturas con los requisitos fiscales respectivos.

- b) 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 medicas y los resultados de los análisis respectivos.
- c) 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.
- d) La responsabilidad de la Compañía por uno o más eventos, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- e) No se cubren gastos de acompañante, de lujo o recreativos.
- f) La Suma Asegurada para esta cobertura será por accidente cubierto, por lo que la responsabilidad de la Compañía finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados cuando:
 - f.1) Se agote la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura, ó;
 - f.2) Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza, ó;
 - f.3) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones.Lo que ocurra primero.

II.5 Exclusiones aplicables a todas las Coberturas

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

- 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.**

- c) **Cualquier accidente ocurrido fuera de la Actividad Escolar del Asegurado.**

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.**

3. Los siguientes eventos:

- a) **Enfermedad corporal o mental.**
- b) **Homicidio cuando se derive de la participación directa**

- del asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales;
- c) Suicidio, lesiones o padecimientos provocados intencionalmente por el propio ASEGURADO aún cuando se cometan en estado de enajenación mental
 - d) Hernias o eventraciones, excepto si son de carácter accidental.
 - e) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto si son de carácter accidental.
 - f) Abortos cualquiera que sea su causa.
 - g) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental amparada.
 - h) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - i) Radiaciones ionizantes.
 - j) Tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.
 - k) 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.
4. Gastos incurridos por acompañantes del asegurado en un hospital o sanatorio.

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 de 26 de enero de 2016 con el número CNSF-S0124-0516-2015.

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.