

Seguro de Vida Grupo “Canasta Familiar”

Definiciones

Contratante

La persona moral con la que se celebra el contrato de seguro

Grupo asegurable

Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro.

Grupo asegurado

Los integrantes del grupo asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados.

Asegurado

Cada uno de los miembros del grupo asegurado que se encuentra cubierto, por los riesgos amparados por la póliza respectiva

Beneficiario

Es el Contratante que tendrá el carácter de Beneficiario Preferente y/o; los beneficiarios designados por el Asegurado.

Cónyuge

La esposa o el esposo del Asegurado según sea el caso, a falta de éste, la persona del sexo opuesto, con quien haya vivido como si fuera su esposo o esposa durante los últimos cinco años que precedieron inmediatamente a su muerte, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

Hijos

Serán los hijos del Asegurado que sean solteros, que no perciban ingresos por trabajo personal y cuya edad sea menor de 25 años.

Cláusulas Generales

Condiciones Generales

Objeto del seguro La Compañía pagará la suma asegurada en caso de fallecimiento o la invalidez del Asegurado en los términos del Art. 8° del Reglamento del Seguro de Grupo, ya que el objeto del presente contrato es el amparar al Contratante, en virtud de una responsabilidad legal o reglamentaria, voluntaria o contractual a su cargo.

Contrato Son testimonio de este contrato de seguro y forman parte del mismo: la solicitud del seguro, esta póliza, el registro de Asegurados, los consentimientos y certificados individuales, los recibos y los endosos que se le agreguen.

Vigencia Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que se especifica en la carátula de la póliza.

Renovación Al término del período de vigencia este contrato podrá ser renovado en forma automática, siempre y cuando las partes con una anticipación de treinta días a la fecha de su vencimiento no manifiesten lo contrario. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

Prescripción Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dió 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 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

*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.

Seguro de Vida Grupo “Canasta Familiar”

Modificaciones y notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito en endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía.

Toda notificación por parte del Contratante a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio señalado en la carátula de la póliza.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por 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 treinta días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

Carencia de restricciones

Este contrato, no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Asegurados, posteriores a la contratación de la póliza.

Disputabilidad

Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

Suicidio

El fallecimiento a causa de suicidio se cubre después del 1er. Año. En caso de ocurrir antes, la Compañía solamente devolverá la parte de la prima en forma proporcional al tiempo de vigencia no corrido respecto del miembro del grupo asegurado.

Primas

La prima total del grupo deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno 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. La prima básica será anual.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

Periodicidad

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre la Compañía y el Contratante en la fecha de celebración del contrato.

Primas
(continúa)
Pago de primas

La prima vencerá al inicio de cada período pactado. A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de treinta días para efectuar el pago correspondiente.
En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los treinta días de espera, la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la prima vencida no pagada del Asegurado fallecido.
Transcurrido ese plazo, si el pago no ha sido efectuado, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

La obligación del pago de primas será del Contratante.

Lugar de pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo expedido por la misma.

Ajuste de primas

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, cobrándose o devolviéndose dicha prima a la emisión del siguiente recibo.

Salvo convenio específico, cada vez que se efectúe una alta o una baja que no sea en la fecha de aniversario del contrato, se les aplicará la cuota promedio por meses completos, entendiéndose por cuota promedio la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

Si el grupo lo amerita, el ajuste en primas por movimientos podrá pactarse mediante el sistema anual simplificado, que significa el cobro, o devolución en su caso del 50% de la prima promedio de la diferencia entre el inicio de vigencia y la renovación.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Operatividad
Cambio de
Contratante

Cuando el grupo esté constituido por empleados u obreros de un mismo patrón o empresa y haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

Reporte de movimientos

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

Registro de
Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un registro de Asegurados mismo que deberá contener nombre y edad del Asegurado, fecha de vigencia del seguro, suma asegurada y número de certificado.

Seguro de Vida Grupo “Canasta Familiar”

Operatividad (continúa) Altas

Si el Asegurado ingresó al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y dió su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedará asegurado sin examen médico hasta el máximo de Suma Asegurada que se estipula en la carátula de la póliza desde el momento en que adquirió la característica para formar parte del grupo asegurado. 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.

Bajas

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo asegurado y los beneficios para ellas cesarán desde el momento de la separación. En éste caso la Compañía restituirá al Contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos salvo convenio específico.

Ajuste por edad

Si se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real de los Asegurados se encontraba fuera de los límites de admisión, la Compañía considerará rescindido el contrato, respecto del miembro del grupo cuya edad haya estado fuera de límite, devolviendo al Asegurado la reserva matemática del contrato existente en la fecha de rescisión.

Si en vida del Asegurado se comprueba que al expedirse la póliza su edad real se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por lo Compañía, pero era:

- A. Mayor que la declarada: La obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- B. Menor que la declarada: La Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas anteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y está se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la póliza.

Rehabilitación

Si esta póliza hubiese sido cancelada por falta de pago de la prima, podrá ser rehabilitada por la Compañía siempre y cuando el Contratante lo solicite por escrito y cubra, en ese mismo momento el total de prima adeudada. En caso de que proceda, se entenderá rehabilitado el seguro desde la fecha en que la Compañía lo acepte por escrito.

Cancelación automática

Esta póliza será cancelada automáticamente en el momento en que el grupo asegurado esté constituido por menos del 75% de los miembros elegibles.
El número mínimo de Asegurados en la póliza está sujeto a las condiciones estipuladas en el Reglamento del Seguro de Grupo en sus Artículos 1 y 2.

***Indemnizaciones
Aviso de siniestro***

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía en un plazo de cinco días posteriores a la fecha del conocimiento de su realización.

***Responsabilidad
máxima***

Por cada cobertura contratada la responsabilidad máxima por cada Asegurado de la Compañía será la suma asegurada máxima que se señala en la carátula de esta póliza, salvo que exista aceptación específica de una mayor responsabilidad.

***Pago de la suma
asegurada***

La Compañía pagará al Beneficiario correspondiente, la indemnización que proceda dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

***Acción directa de los
Beneficiarios***

El Beneficiario designado tendrá acción directa para cobrar a la Compañía la suma asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.

***Pruebas (en caso de
que exista
remanente de la
suma asegurada)***

El reclamante presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equivoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Beneficiario a reintegrar el pago a la Compañía.

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, capital o renta, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, en vez del interés legal, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo señalado en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Coberturas

***Beneficio por
fallecimiento***

La Compañía pagará la suma asegurada en vigor de esta cobertura a los Beneficiarios, si el Asegurado fallece mientras esta póliza se encuentre en vigor.

La edad máxima de ingreso para esta cobertura es de 70 años.

Seguro de Vida Grupo “Canasta Familiar”

Definición

Accidente

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocados intencionalmente por el Asegurado.

Indemnización por Muerte Accidental (MA):

La Compañía pagará la suma asegurada en vigor de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente mientras esta póliza y el certificado individual se encuentren en vigor y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo.

Indemnización por Accidente Colectivo (IAC):

Mediante esta cobertura queda amparado el beneficio especificado en la Cobertura de Muerte Accidental, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte causada por el accidente son sufridas por el Asegurado:

- A. Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- B. Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.
- C. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

Exclusiones

Las coberturas por accidente no amparan:

1. Personas cuya edad sea mayor de 70 años al ingresar al seguro o en las renovaciones subsecuentes.
2. Accidentes originados por:
 - A. Participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - B. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - C. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima; quedando cubierto para los beneficios de Muerte Accidental cuando el Asegurado viaje como pasajero, en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
 - D. La participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - E. Si la muerte o la pérdida orgánica ocurre bajo tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.
 - F. Lesiones recibidas al participar en una riña siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
 - G. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo o su uso sea ocasional.

-
- H. Accidentes derivados de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.
 - I. Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
 - J. Radiaciones atómicas.
 - K. Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.
 - L. Estado de ebriedad, si el contenido alcohólico de la sangre resulta superior 0.8 gramos por litro del alcohol en aire expirados superior al 0.4 miligramos por litro conforme al Artículo 100 del Reglamento de Tránsito del D.F.

3. Los siguientes eventos:

- A. Enfermedad corporal o mental.
- B. Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- C. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- D. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- E. Complicaciones que se manifiestan noventa días después de ocurrido el accidente.

Definición

Invalidez Total y Permanente

- A. La Incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social por un período continuo de tres o seis meses según lo estipulado en la carátula de la póliza; o
- B. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie o una mano y la vista de un ojo y un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se tomará en cuenta el período a que se refiere el inciso A.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente mientras esta póliza y el certificado individual se encuentren en vigor, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período continuo de tres o seis meses según lo estipulado en la carátula de la póliza, citado en la definición de invalidez total y permanente, este período no se considerará en los supuestos previstos en el inciso B. de la cláusula precedente.

Pruebas

La comprobación del estado de invalidez total y permanente será por cuenta del Asegurado. La Compañía cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año podrá, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de invalidez total y permanente. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concedan las coberturas correspondientes.

Seguro de Vida Grupo “Canasta Familiar”

Exclusiones

Las coberturas por invalidez no cubren:

1. A personas cuya edad sea mayor de 65 años, salvo que el estado de invalidez total se presente antes.
2. Estado de invalidez originado por:
 - A. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - B. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - C. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, salvo cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
 - D. La participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - E. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
 - F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentren realizando actividades de trabajo o su uso sea ocasional.
 - G. Lesiones derivadas de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
 - H. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del contrato de seguro, que provocaron un gasto, fueron diagnosticadas por un médico o, aparentes a la vista o las que por síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidas.
 - I. Radiaciones Atómicas.
 - J. Lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similar no prescrito por un médico.
 - K. Afecciones de la columna vertebral salvo por accidente.
3. Intento de suicidio, lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.

Gastos Funerarios (GF):

En caso de ocurrir el fallecimiento del cónyuge o de cualesquiera de los hijos que sean dependientes económicos del Asegurado titular, la Compañía pagará al Asegurado titular, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

La suma asegurada de esta cobertura no podrá ser superior a 60 salarios mínimos generales mensuales, vigentes en el Distrito Federal.

Cada uno de los hijos del Asegurado titular quedan amparados por la suma asegurada contratada en esta cobertura.

Los hijos del Asegurado titular que nazcan durante la vigencia de la cobertura quedarán asegurados a partir de la fecha de su nacimiento y continúan asegurados durante la vigencia de la póliza.

De ser éste el caso, el nacimiento deberá ser comunicado por escrito a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya ocurrido.

Esta cobertura estará orientada a que el Asegurado titular, cuente con recursos para cubrir el costo por servicios funerarios.

Para efectos de esta cobertura se considerará que los hijos son dependientes económicos si su edad es menor de 25 años.

Cancelación

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular, la cobertura para sus dependientes económicos se cancelará automáticamente.

Chubb de México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Forma 240-122

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. 06-367-II-1.1/907 de fecha 15-enero-2001.

Página 9 de 9

Seguro de Vida Colectivo

Definiciones

<i>Contratante</i>	La persona moral o física que ha celebrado con la Compañía el contrato de seguro.
<i>Colectividad Asegurable</i>	Los integrantes de la Colectividad sobre los que se hace la oferta del seguro y cuyas características se establecen en la carátula de la póliza.
<i>Colectividad Asegurada</i>	Los integrantes de la Colectividad Asegurable que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados y que den su consentimiento expreso para ello.
<i>Asegurado</i>	Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada por los riesgos amparados por la póliza respectiva.
<i>Beneficiarios</i>	Las personas designadas por el Asegurado para recibir las indemnizaciones derivadas de las coberturas contratadas en esta póliza en caso de ocurrir un siniestro.
<i>Cónyuge</i>	La esposa o el esposo del Asegurado según sea el caso, a falta de éste, la persona del sexo opuesto, con quien haya vivido como si fuera su esposo o esposa durante los últimos cinco años, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio durante el concubinato.
<i>Hijos</i>	Serán los hijos del Asegurado que sean solteros, que no perciban ingresos por trabajo personal y cuya edad sea menor a 25 años
<i>Proponente</i>	La persona moral o física que solicita la celebración del contrato de seguro

Seguro de Vida Colectivo

Cláusulas Generales

Condiciones Generales

Contrato

Son testimonio de este contrato: La solicitud del seguro, esta póliza, el registro de asegurados, los consentimientos, los certificados, los recibos y los endosos que se le agreguen.

Vigencia

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que se especifica en la carátula de la póliza.

Renovación

Al término del período pactado podrá ser renovado este contrato, siempre y cuando el Contratante haya solicitado dicha renovación a más tardar dentro de los treinta días anteriores a la terminación. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, 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 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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.

Modificaciones y Notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito en endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Toda notificación por parte del Contratante o de los Asegurados a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social. En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por 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 treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos del Artículo 135 de la Ley General de

Competencia
(continúa) Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la compañía.

Carencia de Restricciones Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza.

Disputabilidad Este contrato, dentro del primer año de su vigencia, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

Suicidio El fallecimiento a causa de suicidio se cubre después del primer año. En caso de ocurrir antes, la Compañía solamente devolverá la prima neta no devengada respecto del miembro de la Colectividad Asegurada.

Primas La prima total de la Colectividad deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada uno 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. La prima básica será anual.

Periodicidad El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado correspondiente, pactada entre la Compañía y el Contratante en la fecha de emisión de la póliza o en cada fecha de renovación.

Pago de Primas La prima vencerá al inicio de cada período pactado. A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de treinta días para efectuar el pago correspondiente. En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los treinta días de espera, la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la prima total de la Colectividad correspondiente a dicho período. Transcurrido ese plazo, si el pago no ha sido efectuado, los efectos del contrato cesarán automáticamente. La obligación del pago de primas será del Contratante.

Contribución de los Asegurados Los miembros de la Colectividad Asegurada podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro de la Colectividad Asegurada no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja a la Compañía.

Lugar de Pago Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo expedido por la misma.

Seguro de Vida Colectivo

Ajuste

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, cobrándose o devolviéndose dicha prima a la emisión del siguiente recibo.

Salvo convenio específico, cada vez que se efectúe una alta o una baja que no sea en la fecha de aniversario del contrato, se les aplicará la cuota promedio por meses completos, entendiéndose por cuota promedio la que resulte de dividir la prima total entre la Suma Asegurada total.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Operatividad

Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

Derecho de los Asegurados a separarse de la Colectividad

La Compañía tendrá la obligación de asegurar, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, al miembro que se separe definitivamente de la Colectividad Asegurada, en cualquier plan de seguro de vida individual que opere en el momento de la separación.

Este derecho queda sujeto a lo que se estipula a continuación:

- A. La solicitud correspondiente deberá ser recibida por la Compañía hasta 30 días después de la fecha de separación.
- B. La fecha de efectividad del nuevo seguro será la misma en la que se separe de la Colectividad Asegurada.
- C. La edad alcanzada por el Asegurado en la nueva fecha de efectividad deberá estar dentro de los límites de aceptación con los que opere la Compañía en el plan de que se trate.
- D. La nueva Suma Asegurada no podrá ser superior a la Suma Asegurada vigente en la fecha de la separación salvo que el Asegurado presente a la Compañía pruebas de asegurabilidad.
- E. El plan de Vida Individual no podrá ser Temporal ni incluir Beneficios Adicionales. En caso contrario el Asegurado deberá presentar a la Compañía pruebas de asegurabilidad.
- F. La prima del nuevo seguro se calculará con la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de separación de la Colectividad Asegurada, con base en las tarifas en vigor de las coberturas solicitadas.

Reporte de Movimientos

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

Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un registro de asegurados mismo que deberá contener nombre y edad del Asegurado, suma asegurada, fecha de vigencia del seguro y número de certificado.

Altas

Si el reporte es oportuno y se hubiese dado el consentimiento, 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.

Bajas

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada y los Beneficios para ellas cesarán desde el momento de la separación. En este caso la Compañía restituirá al Contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos salvo convenio específico.

En caso de que se haya contratado la cobertura de Seguro Saldado por Invalidez Total y Permanente y la causa de baja sea por motivo del riesgo cubierto por esta cobertura, sus efectos se iniciarán conforme a lo previsto específicamente.

No se considerarán separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

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 regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado.

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

Cambio de Beneficiarios

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer cambios en la designación de beneficiarios mediante notificación a la Compañía, la cual pagará el importe del seguro a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable y comunicándolo al Beneficiario y a la Compañía por escrito.

Ajuste por Edad

Si se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, la Compañía considerará rescindido el contrato, respecto al miembro de la Colectividad cuya edad haya estado fuera del límite, devolviendo al Asegurado la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

Si en vida del Asegurado se comprueba que al expedirse la póliza su edad real era:

- A. **Mayor que la Declarada:** La obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- B. **Menor que la Declarada:** La Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.

Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real era incorrecta, pero dentro de los límites de admisión, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas alcancen a cubrir de acuerdo con la edad real.

Seguro de Vida Colectivo

Rehabilitación

Si esta póliza hubiese sido cancelada por falta de pago de la prima, podrá ser rehabilitada por la Compañía siempre y cuando el Contratante lo solicite por escrito y cubra, en ese mismo momento el total de prima adeudada. En caso de que proceda, se entenderá rehabilitado el seguro desde la fecha en que la Compañía lo acepte por escrito.

Indemnizaciones

Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía en un plazo de cinco días posteriores a la fecha del conocimiento de su realización.

Responsabilidad Máxima

Para cada cobertura contratada la responsabilidad máxima por cada Asegurado de la Compañía será la Suma Asegurada máxima que se señala en la carátula de esta póliza, salvo que exista aceptación específica de una mayor responsabilidad.

Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará a los Beneficiarios correspondientes, la indemnización que proceda dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Acción Directa de los Beneficiarios

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.

Falta de Beneficiarios

En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere Beneficiarios designados o hubiesen fallecido antes o simultáneamente con el Asegurado sin que exista nueva designación, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión legal del Asegurado.

Pruebas

El reclamante presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quienes solicitan el pago.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, 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, dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía.

Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan

Interés Moratorio
(continúa)

conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, en vez del interés legal, quedará obligada a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero, dañado, un interés moratorio moratorio calculado a una tasa anual igual al promedio del costo porcentual promedio de captación que publica mensualmente el Banco de México, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 135 fracción IVbis y 136 fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en los mismos.

Participación de Utilidades

El Contratante y los asegurados en la misma proporción en que contribuyan al pago de la prima, participarán anualmente en las utilidades que obtenga La Compañía en la cartera de pólizas de Seguro de Vida Colectivo, de acuerdo con las normas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La participación en las utilidades se podrá otorgar con base en la experiencia propia de la Colectividad Asegurada, o con base en la experiencia general de la cartera.

Para que dicha participación se otorgue en base a la experiencia propia, el solicitante deberá asentarlo por escrito en el momento de solicitar el aseguramiento, siempre y cuando la Colectividad cumpla con las características requeridas establecidas por la Compañía para tal efecto. Si no existe esta petición la Colectividad será incluida en la experiencia general de la cartera.

Igualmente deberá solicitarlo por escrito y con un año de anticipación de la fecha de reparto, cuando desee que se le cambie la experiencia aplicada.

Bajo la modalidad de experiencia propia, se podrá establecer de común acuerdo, que el período de cálculo de dicha participación sea anual, semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso se deberá considerar la prima devengada y la siniestralidad ocurrida en cada período. Si la siniestralidad del período de cálculo sufre alguna desviación, la Compañía tendrá derecho a ajustar la pérdida en períodos posteriores dentro del mismo año póliza, hasta por el máximo que resulte de aplicar la fórmula de dividendos que se señala en la carátula de esta póliza, y en su caso, a la recuperación inmediata de cualquier dividendo pagado con anterioridad, sin aplicar interés alguno a dicha recuperación.

Esta cláusula de Participación de Utilidades será aplicable siempre y cuando en la carátula de la póliza se estipule que el seguro tendrá derecho a la participación en las utilidades.

Independientemente del tipo de experiencia que tenga la póliza, el pago de dicha participación no está condicionado a la renovación y tampoco podrá ser anticipada y/o garantizada.

Seguro de Vida Colectivo

Coberturas

Beneficio por Fallecimiento

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura a los beneficiarios, si el Asegurado fallece mientras esta póliza y su certificado se encuentran en vigor.

La edad máxima de ingreso para esta cobertura es de 70 años.

Beneficio Adicional de Anticipo Parcial al Fallecimiento del Asegurado

La Compañía pagará, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado y con la sola presentación del certificado médico de defunción, una parte de la Suma Asegurada contratada igual al 30% con máximo de 2 veces el salario mínimo general anual vigente en el Distrito Federal. Así mismo, esta cantidad será descontada de la liquidación final a que el Beneficiario que reciba el anticipo tenga derecho.

En caso de que hubiere varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a la Compañía el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

La Compañía concede este beneficio sin costo alguno.

Definición

Accidente

Se entenderá 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.

Indemnización por Muerte Accidental (MA):

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente mientras esta póliza y el certificado se encuentren en vigor y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo.

Definición

Pérdida de Miembro

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aún cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

La Suma Asegurada por la pérdida de la vida se pagará a los beneficiarios designados, las demás pérdidas se pagarán directamente al Asegurado.

Indemnización por Pérdida de Miembros (PM):

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la tabla, si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta póliza y el certificado se encuentren en vigor y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas:

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100%

Indemnización por Pérdida de Miembros (PM): <i>(continúa)</i>	Una mano o un pie	50%
	Un ojo	30%
	El pulgar de cualquier mano	15%
	El índice de cualquier mano	10%

**Indemnización por
Muerte Accidental y
Pérdida de Miembros
(MAPM):**

La Compañía pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura que corresponda según la tabla, si a consecuencia de un Accidente ocurrido mientras esta póliza y el certificado se encuentren en vigor y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas:

La Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

**Indemnización por
Accidenta colectivo
(IAC):**

Mediante esta cobertura quedan amparados los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte o las pérdidas orgánicas causadas por el Accidente son sufridas por el Asegurado:

- A. Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- B. Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.
- C. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

Seguro de Vida Colectivo

Accidente

(Continúa)

Exclusiones

Las coberturas por Accidente no amparan a:

1. Personas cuya edad sea mayor de 70 años al ingresar al seguro o en las renovaciones subsecuentes.
2. Accidentes originados por:
 - A. Participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - B. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - C. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima; quedando cubierto para los beneficios de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros cuando el Asegurado viaje como pasajero, en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
 - D. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - E. Si la muerte o la pérdida orgánica ocurre bajo tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.
 - F. Lesiones recibidas al participar en una riña siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
 - G. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo o su uso sea ocasional.
 - H. Accidentes derivados de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.
 - I. Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.
 - J. Radiaciones atómicas.
 - K. Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.
 - L. Estado de ebriedad, si el contenido alcohólico de la sangre resulta 0.08% ó más conforme al Artículo 140 del Reglamento de Tránsito del DF.
3. Cuando el Asegurado esté recibiendo los beneficios que para el caso de invalidez estuvieran contratados.
4. Los siguientes eventos:
 - A. Enfermedad corporal o mental.
 - B. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
 - C. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - D. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
 - E. Complicaciones que se manifiesten noventa días después de ocurrido el accidente.

Definición

Invalidez Total y Permanente

- A. La incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de enfermedad o accidente que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social por un período continuo de tres o seis meses según lo estipulado en la carátula de la póliza; o
- B. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, o una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no se tomará en cuenta el período a que se refiere el inciso A.

Seguro Saldado por Invalidez total y permanente (SSIT):

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente mientras esta póliza y el certificado se encuentren en vigor, la Compañía conviene en otorgarle sin costo un seguro saldado de vida por la última Suma Asegurada que tenga a la fecha en que sufra dicho estado, el cual estará vigente a partir de que transcurra el período de tres o seis meses según lo estipulado en la carátula de la póliza, citado en la definición de invalidez total y permanente, este período no se considerará cuando se trate de pérdida de miembros invalidantes.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez total y permanente (PAS):

Si el Asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente mientras esta póliza y el certificado se encuentren en vigor, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, inmediatamente después de transcurrido el período continuo de tres o seis meses según lo estipulado en la carátula de la póliza, citado en la definición de invalidez total y permanente, este período no se considerará cuando se trate de pérdida de miembros invalidantes.

Pruebas

La comprobación del estado de Invalidez Total será por cuenta del Asegurado y a satisfacción de la Compañía. Esta podrá cuando lo estime necesario, pero no más de una vez cada año, pedir al Asegurado comprobación de que continúa su estado de Invalidez Total. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Invalidez Total, cesarán automáticamente los beneficios que concedan las coberturas correspondientes.

Seguro de Vida Colectivo

Invalidez total y permanente

(Continúa)

Exclusiones

Las coberturas por Invalidez no cubren:

1. A personas cuya edad sea mayor de 65 años, salvo que el estado de Invalidez Total se presente antes.
2. Estado de Invalidez Total originado por:
 - A. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución o insurrección.
 - B. Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.
 - C. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, salvo cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
 - D. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - E. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
 - F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor, salvo que se encuentren realizando actividades de trabajo o su uso sea ocasional.
 - G. Lesiones derivadas de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
 - H. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas que se hubieren manifestado antes del inicio de vigencia del contrato de seguro, que fueron diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista, o las que por sus síntomas y/o signos no pudieran pasar desapercibidas.
 - I. Radiaciones Atómicas.
 - J. Lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similar no prescrito por un médico.
 - K. Afecciones de la columna vertebral salvo por accidente
3. Intento de suicidio, lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado.

**Cobertura Conyugal
(CC):**

Si durante la vigencia del seguro ocurre el fallecimiento del Asegurado. La Compañía asegurará a su cónyuge por el 50% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Para tal efecto, la Compañía expedirá al cónyuge una póliza de Seguro de Vida Individual con plazo vitalicio, sin requerirle pruebas de asegurabilidad ni pago de primas.

En caso de ocurrir el fallecimiento del cónyuge durante la vigencia del seguro, encontrándose con vida el Asegurado, la Compañía pagará a éste el 25% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Cuando el fallecimiento tanto del cónyuge como del titular ocurren en forma simultánea, se asumirá que primero ocurrió el fallecimiento del titular, pagándose a la sucesión del cónyuge el 50% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

**Gastos Funerarios
(GF):**

En caso de ocurrir el fallecimiento de cualesquiera de los hijos que sean dependientes económicos del Asegurado titular, la Compañía pagará al Asegurado titular designado beneficiario, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

La Suma Asegurada de esta cobertura no podrá ser superior a 60 salarios mínimos generales mensuales, vigentes en el Distrito Federal.

Cada uno de los hijos del Asegurado titular quedan amparados por la Suma Asegurada contratada en esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se considerará que los hijos son dependientes económicos si su edad es menor de 20 años.

Los hijos del Asegurado titular que nazcan durante la vigencia de la cobertura quedarán asegurados a partir de la fecha de su nacimiento y continuarán asegurados durante la vigencia de la póliza.

De ser éste el caso, el nacimiento deberá ser comunicado por escrito a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya ocurrido.

Esta cobertura estará orientada a que el Asegurado titular designado beneficiario, cuente con recursos para cubrir el costo por servicios funerarios.

Cancelación

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular, la cobertura para sus dependientes económicos se cancelará automáticamente.

Seguro de Accidentes Personales

Definiciones

<i>Accidente</i>	Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
<i>Asegurado</i>	El Asegurado titular y cada dependiente económico, que aparezca en el registro de asegurados.
<i>Asegurado Titular</i>	Cada miembro de la Colectividad Asegurada que representa a sus dependientes económicos.
<i>Contratante</i>	Es la persona que ha contratado esta póliza en representación legal de la Colectividad Asegurable y que se compromete a realizar el pago de las primas del seguro.
<i>Colectividad Asegurable</i>	Grupo de personas vinculadas con el Contratante, cuya edad no exceda a la edad máxima de aceptación, y cuyas características se definen en la carátula de la póliza.
<i>Colectividad Asegurada</i>	Miembros de la Colectividad Asegurable y sus dependientes económicos que aparezcan en el registro de asegurados.
<i>Dependientes Económicos</i>	Serán considerados como dependientes económicos del Asegurado titular las siguientes personas: A. Su cónyuge, si su edad es menor de 65 años en la fecha de su inclusión en el seguro. Para efectos de esta póliza, se considerará como cónyuge del Asegurado: <ul style="list-style-type: none">• Su esposa.• Su concubina siempre y cuando haya habitado con ella durante un período mínimo de 5 años, o con la cual haya procreado hijos. B. Sus hijos solteros y sin ingresos por trabajo personal, cuya edad sea menor de 22 años en la fecha de su inclusión en el seguro. C. Sus hijos solteros y sin ingresos por trabajo personal, que sean estudiantes y cuya edad sea menor de 26 años en la fecha de su inclusión en el seguro.
<i>Evento</i>	El tratamiento o serie de tratamientos médicos y/o quirúrgicos a que sea sometido el Asegurado a consecuencia directa de un accidente que le haya dado origen. Los tratamientos subsecuentes serán considerados como un solo evento a menos que: A. Se tenga una completa recuperación del accidente que haya causado el tratamiento previo antes de que comience cualquier tratamiento posterior, o B. El tratamiento posterior sea debido a causas totalmente diferentes a aquellas que dieron origen al tratamiento previo.
<i>Hospitalización</i>	Reclusión del Asegurado en un hospital por diagnóstico y bajo el cuidado y atención de un médico, por un período continuo mínimo de 24 horas.
<i>Hospital o Sanatorio</i>	Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos y/o

*Definiciones
(Continúa)*

quirúrgicos en el país en donde se encuentre y que opere bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de la misma.

Reembolso

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

Seguro de Accidentes Personales

Cláusulas Generales Condiciones Generales

<i>Contrato de Seguro</i>	Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, esta póliza, el registro de asegurados, los consentimientos y certificados de seguro individuales, los endosos que se agreguen y la cédula de especificaciones, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.
<i>Vigencia</i>	La vigencia del seguro se inicia y termina en las fechas estipuladas en la carátula de la póliza y el seguro podrá ser renovado por períodos menores o iguales a un año.
<i>Omisiones o Inexactas Declaraciones</i>	El Contratante y/o 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 inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.
<i>Modificaciones al Contrato</i>	<p>Sí el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato del Seguro) este derecho se le hace extensivo al Contratante.</p> <p>En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.</p> <p>Las Condiciones Generales de la póliza, las cláusulas y los endosos que se agreguen, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones se harán constar por escrito mediante endosos a esta póliza.</p>
<i>Notificaciones</i>	Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza. Las notificaciones por parte de la Compañía se harán al último domicilio que conozca del Contratante.
<i>Prescripción</i>	<p>Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo en los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.</p> <p>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 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.</p>
<i>Carencia de Restricciones</i>	Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida del Asegurado, posteriores a la fecha de su inclusión en el seguro.
<i>Competencia</i>	En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones en los términos del Artículo 135 de la Ley General

*Condiciones Generales
(Continúa)*

de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la prima no devengada.

Movimientos de Asegurados

El Asegurado se obliga a reportar a la Compañía los movimientos de altas, bajas y cambios a la Suma Asegurada, enviando dicho reporte dentro de los treinta días siguientes en que los citados movimientos se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a la Compañía para dar por vencido anticipadamente este contrato, mediante aviso por escrito al Asegurado con treinta días de anticipación.

El reporte de altas deberá acompañarse con los consentimientos de seguro respectivos dentro de los treinta días referidos.

La inclusión al seguro de las personas que causen alta y no proporcionen su consentimiento dentro de dicho período, quedará condicionada a la presentación de pruebas médicas.

Las primas que se generen por altas o bajas de Asegurados se cobrarán o devolverán a prorrata, según sea el caso, desde la fecha del movimiento hasta la fecha del próximo vencimiento de pago de primas. El ajuste de primas por movimientos podrá efectuarse en cada fecha de renovación aplicándose el procedimiento acordado entre la Compañía y el Contratante.

Edad

Las edades mínimas y máximas de aceptación serán las que se estipulan en la carátula de la póliza. Las edades de los Asegurados registradas en esta póliza deben comprobarse presentando pruebas a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas.

Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, al momento de su inclusión en el seguro, ésta hubiera estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para ese Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 65% de la prima correspondiente.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería de acuerdo con su edad real, la obligación de la Compañía hacia ese Asegurado será igual a la que con la prima pagada se hubiere podido comprar considerando la edad real.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado se hubiere pagado una prima mayor, la Compañía reembolsará al Contratante el 65% de la prima pagada en exceso.

Renovaciones

Esta póliza será renovada por períodos menores o iguales a un año, salvo que la Compañía o el Contratante comuniquen por escrito su voluntad de cancelarla lo cual deberán hacerlo con un mínimo de treinta días de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza.

En cada renovación la Compañía modificará las primas de acuerdo con los procedimientos registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo que expida la Compañía, se tendrá como prueba de la renovación.

Seguro de Accidentes Personales

Cláusulas Generales

(Continúa)

Cancelación

A. A petición del Contratante

La póliza o el seguro respecto de cualquier Asegurado quedará cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a la Compañía. La cancelación se hará efectiva en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

La Compañía reembolsará al Contratante el 65% de la prima pagada que no se encuentre devengada a la fecha de cancelación.

B. Automática

1. De la póliza:

Esta póliza se cancelará automáticamente al concluir el período de espera, sin haberse efectuado el pago de la prima.

2. Del seguro respecto de un Asegurado:

- El seguro respecto de el Asegurado Titular o de su cónyuge se cancelará en la fecha de aniversario de la póliza inmediata posterior a la fecha en que alcancen la edad de cancelación estipulada en la carátula de la póliza.
- El seguro respecto de los dependientes económicos se cancelará en la fecha de aniversario de la póliza inmediata posterior a la fecha en que dejen de tener tal condición.

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, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio calculado a una tasa anual igual al promedio del costo porcentual promedio de captación que publica mensualmente el Banco de México, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en el que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 135 fracción IV BIS y 136 fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en los mismos.

Ajuste de la Suma

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a Solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el Certificado. En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

Primas

La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo a su edad.

La primera prima vencerá en la fecha de inicio de vigencia de la póliza y las subsecuentes vencerán:

A. En cada fecha de aniversario de la póliza, si la forma de pago de la prima es anual.

B. Al inicio de cada período pactado, si la forma de pago de la prima es fraccionada.

En este caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre el

Primas
(Continúa)

Contratante y la Compañía en la fecha de celebración de la póliza o de su renovación.
La prima convenida se pagará en las oficinas de la Compañía contra la entrega del recibo correspondiente.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o por la Compañía se verificarán en Moneda Nacional.

Período de Gracia

El Contratante gozará de un período de treinta días naturales para liquidar el total de la prima cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las doce horas del último día del período de espera, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha pagado la prima correspondiente. Los siniestros que ocurran a partir de ese momento no estarán cubiertos por la póliza.

Rehabilitación

No obstante, el Contratante podrá dentro de los treinta días siguientes al último día del periodo de gracia, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este 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 vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado período de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato del Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

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 deberá hacerla constar la Compañía, para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

Contribución de los Asegurados

Los miembros de la Colectividad Asegurada podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro de la Colectividad Asegurada no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja a la Compañía.

Descuentos

De acuerdo a las características particulares de cada póliza y previo acuerdo con el Contratante se podrán otorgar descuentos a las primas, mismos que se señalan en la carátula de la póliza.

Pago de Indemnizaciones
Aviso

Cualquier evento que pueda originar una indemnización, en los términos de esta póliza, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su realización.

Pruebas

El reclamante deberá presentar a su costa y a satisfacción de la Compañía además de las formas de declaración que ésta le proporcione, las pruebas de los hechos que den origen a la reclamación.

Seguro de Accidentes Personales

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta póliza, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado.

Pago

La Compañía pagará las indemnizaciones derivadas de esta póliza al Asegurado Titular o a quien éste designe.

La Compañía efectuará el pago de la indemnización en sus oficinas, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Otros Seguros

Si las coberturas contratadas en esta póliza por el Asegurado estuvieren contratadas en otras pólizas, expedidas por la Compañía o por otras Aseguradoras, la indemnización total por todas las pólizas no excederá de los gastos en que haya incurrido el Asegurado, los cuales se liquidarán en proporción a la Suma Asegurada de cada póliza.

Esta limitación sólo será aplicable a la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

En el caso de que otra Compañía Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra Aseguradora.

Beneficio de Pago Directo

La Compañía ha celebrado un convenio para la prestación de servicios médicos con un grupo de hospitales y médicos, tanto en la República Mexicana como en el Extranjero, a efecto de que proporcionen atención médica a sus Asegurados y que éstos no incurran en desembolsos por el costo total de los servicios que reciban y que se cubran conforme a las condiciones de la póliza.

Hospital con Convenio

Hospitales que han celebrado un convenio de prestación de servicios con la Compañía.

Médico con Convenio

Médicos que han celebrado un convenio de prestación de servicios con la Compañía.

Tarjeta de Identificación

Documento que se entregará a cada Asegurado para identificarlo como Asegurado de la Compañía ante los hospitales con convenio y médicos con convenio.

Procedimiento de Admisión en Hospitales con Convenio

La tarjeta de identificación da al Asegurado el derecho a ser hospitalizado, en cuyo caso el Asegurado deberá sujetarse a las políticas internas del hospital.

Procedimiento de Pago Directo

La Compañía pagará directamente al hospital con convenio y a los médicos con convenio los costos por los servicios que hayan proporcionado, a excepción de los costos a cargo del Asegurado.

Costos a Cargo del Asegurado

El Asegurado pagará directamente al hospital con convenio y a los médicos con convenio los Gastos Médicos no cubiertos en los términos de la póliza.

Catálogo de Hospitales y Médicos

La Compañía proporcionará al Asegurado un catálogo de hospitales y médicos con convenio, a los cuales podrá recurrir a su elección.

B
e
n
o

Cuando el Asegurado haga uso de los servicios de hospitales y médicos no incluidos en el catálogo, el reembolso de los Gastos Médicos cubiertos se realizará conforme a lo establecido en la cláusula "Pago de Indemnizaciones" que forma parte integrante de la póliza.

Participación de Utilidades

El Contratante y los Asegurados en la misma proporción en que participen en el pago de la prima participarán en las utilidades que obtenga la Compañía en la Cartera de Seguros de Colectivos de Accidentes Personales, de acuerdo con los procedimientos registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En el caso de que los Asegurados titulares contribuyan al pago de la prima, el Contratante quedará obligado a liquidarles la parte que les corresponda de la participación de utilidades. Esta cláusula de participación de utilidades será aplicable siempre y cuando en la carátula de la póliza se estipule que el seguro tendrá derecho a la participación en las utilidades.

Seguro de Accidentes Personales

Coberturas

Indemnización por Fallecimiento Accidental (IFA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo.

Indemnización por

Si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnización que se establece en la carátula de esta póliza, la Compañía pagará el porcentaje de la Suma Asegurada de esta cobertura y que se indica en dicha tabla.

La Tabla de Indemnización contratada se establece en la Cédula de Especificaciones

TABLA "A"

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

TABLA "B"

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
El pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cms. de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Definición

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 vista.

La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación o anquilosamiento de la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.

Si en la fecha del accidente, el Asegurado ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta póliza.

Reembolso de

La Compañía reembolsará hasta la Suma Asegurada contratada en esta cobertura, los Gastos Médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier Accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo.

El reembolso de Gastos Médicos Cubiertos, por cada evento, se efectuará hasta que se alcance la cuantía máxima de reembolso, siempre y cuando la póliza se mantenga vigente.

En caso de que la póliza no sea renovada, el reembolso de Gastos Médicos Cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de cancelación de la póliza, se efectuará por un período máximo de 365 días, contados a partir de la fecha de la primera erogación independientemente de que no se haya alcanzado la cuantía máxima de reembolso.

Cuantía Máxima de

El reembolso máximo que efectuará la Compañía, por cada evento, no excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Gastos Médicos

1. El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
2. El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
3. El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrado al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el médico tratante.
4. El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones. Para este caso el beneficio máximo quedará limitado a la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje indicado en la Cédula de Especificaciones, sobre la Suma Asegurada contratada.
5. El costo por hospitalización, representado por el uso de habitación así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
6. El costo por utilización de ambulancia terrestre, limitándose el beneficio máximo a lo estipulado en la Cédula de Especificaciones.
7. El costo por enfermera con un límite máximo de tres turnos por día, durante el período de hospitalización. Fuera del hospital se limitará el costo por enfermera a tres turnos por día con un máximo 30 días por cada evento.
8. La contratación de la enfermera deberá ser prescrita por un médico.
9. El costo por consultas médicas con un máximo de una por día, exceptuando las consultas postoperatorias para las que no operará dicho máximo.
10. El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización.

Límites Máximos

A efecto de determinar la cuantía de reembolso se aplicarán los siguientes límites máximos a los costos referidos:

El porcentaje estipulado en la Cédula de Especificaciones aplicado a los honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas.

Honorarios de ayudantes del Médico Cirujano

Los límites establecidos en la Cédula de Especificaciones.

Seguro de Accidentes Personales

Límites Máximos (Continúa)

Consultas Médicas

El límite estipulado en la Cédula de Especificaciones, por cada consulta.

Honorarios de Enfermera

El límite estipulado en la Cédula de Especificaciones, por cada turno.

Costo Diario por Habitación

El límite corresponderá al costo diario por el tipo de habitación estipulado en la Cédula de Especificaciones.

En todo caso el cargo por Servicios Médicos no deberá ser en exceso de los cargos regulares acostumbrados en el establecimiento y lugar donde se reciben o proporcionan dichos servicios, ni en exceso de los cobrados normalmente por el personal médico respectivo.

Exclusiones

Esta póliza no cubre:

1. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, salvo aquellas que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.
2. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, ya sean dentales, gingivales y alveolares, salvo aquellos que sean indispensables como consecuencia de un Accidente cubierto.
3. Abortos, con excepción de los que acontezcan como resultado de un Accidente cubierto.
4. Hernias o eventraciones, excepto si son a consecuencia de un Accidente cubierto.
5. Lesiones ocasionadas en riña cuando el Asegurado la haya provocado.
6. Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en huelgas y alborotos populares.
7. Lesiones originadas por la participación intencional del Asegurado en actos delictivos.
8. Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de prestar servicio militar o de participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
9. Enfermedad corporal o mental, salvo que sea consecuencia de un Accidente cubierto.
10. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
11. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
12. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas al virus VIH positivo.
13. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
14. Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje así como, por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; así como cualquier tratamiento psíquico, psiquiátrico o psicológico, independientemente de la causa que los origine.
15. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que resulten de alcoholismo o toxicomanía.
16. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
17. Tratamiento médico del Asegurado por padecimientos resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivados de éstas.

Seguro de Accidentes Personales

Exclusiones

(Continúa)

18. El costo por reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
19. Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
20. El costo de servicios proporcionados por Homeópatas y Naturistas.
21. Donativos a Instituciones que proporcionen servicios médicos.
22. Los costos que correspondan al donador de órganos, aún cuando el Asegurado pague dichos costos.
23. Lesiones sufridas estando bajo el efecto de enervantes, estimulantes o similares, excepto si fueron preescritos por un médico.
24. Inhalación de gases o humo a menos que se demuestre que fue accidental.

Salvo convenio expreso, esta póliza tampoco cubre:

1. Lesiones sufridas por el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
2. Lesiones sufridas por el Asegurado al viajar en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, ya sea como conductor o acompañante, salvo que se encuentre realizando actividades de trabajo o su uso sea ocasional.
3. Lesiones sufridas por el Asegurado al practicar alpinismo, paracaidismo, buceo, charrería, artes marciales, esquí, tauromaquia, deportes aéreos u otros deportes de peligrosidad similar.
4. Lesiones que sufra el Asegurado al viajar como pasajero, mecánico, o miembro de la tripulación, en naves aéreas o marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente autorizada para el transporte regular de pasajeros.
5. Lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.

