

condiciones generales

Seguro de Accidentes Personales Individual



I.	CLÁUSULAS	4
1.	Contrato.....	4
2.	Modificaciones.....	4
3.	Omisiones o inexactas declaraciones.....	4
4.	Cambio de ocupación.....	4
5.	Límites y modificaciones por edad.....	4
6.	Pago de la prima.....	5
7.	Renovación del seguro.....	5
8.	Moneda.....	5
9.	Notificaciones.....	5
10.	Prescripción.....	5
11.	Competencia.....	5
12.	Interés Moratorio.....	6
13.	Revelación de Comisiones.....	7
14.	Información para el pago del siniestro:.....	7
II.	DEFINICIONES GENERALES.....	9
1.	Accidentes cubiertos.....	9
2.	Asegurado.....	9
3.	Contratante.....	10
4.	Contrato de Seguro.....	10
5.	Edad.....	10
6.	Exclusiones.....	10
7.	Fecha de inicio de Cobertura.....	10
8.	Fecha de inicio de Vigencia.....	10
9.	Fecha de término de Vigencia.....	10
10.	Lugar de residencia.....	10
11.	Ocupación.....	10
12.	Recibo de Pago.....	11
13.	Reclamación.....	11
14.	Renovación Vitalicia y Automática.....	11
15.	Solicitud.....	11
16.	Suma asegurada.....	11
17.	Deducible.....	11
18.	Coaseguro.....	11
III.	ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES.....	11
1.	Cobertura de Muerte Accidental (M.A.).....	11
2.	Cobertura de Muerte Accidental Colectiva (M.A.C.).....	12
3.	Cobertura de Pérdida de Miembros y de la Vista.....	12
4.	Cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad.....	13

Índice



-	Incapacidad total	13
-	Incapacidad parcial.....	13
-	Pérdida de la vida, de miembros o de la vista.....	13
5.	Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.....	14
IV.	EXCLUSIONES	15
	Riesgos excluidos.	15
	Riesgos Excluidos Que Pueden Ser Cubiertos Mediante Convenio Escrito.....	15
V.	INDEMNIZACIONES	16
1.	Aviso de accidente	16
2.	Pago del seguro	16
	ADVERTENCIAS	16
	OTROS SEGUROS.....	16

I. CLÁUSULAS

1. Contrato.

Esta póliza y las cláusulas adicionales que se le adhieren constituyen la prueba del contrato de seguro celebrado entre la Compañía y el Asegurado sobre la base de las declaraciones formuladas por éste en su solicitud y, si lo hubiere en el examen médico correspondiente.

2. Modificaciones.

Cualquier modificación a este Contrato de seguro se hará por acuerdo entre las partes que se hará constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que se adherirán a esta póliza. Por lo tanto, ningún agente está autorizado para cambiar los términos de la póliza ni para renunciar a su contenido.

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.

3. Omisiones o inexactas declaraciones.

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la solicitud respectiva, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba 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 este contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

4. Cambio de ocupación.

Cuando el Asegurado cambie de ocupación y ésta sea diferente a la declarada en la solicitud, inmediatamente deberá avisarlo por escrito a la Compañía remitiendo esta póliza para que en ella se hagan las modificaciones que correspondan.

Si dentro de la vigencia de este seguro, el Asegurado cambiara su ocupación a otra calificada en la tarifa registrada como más peligrosa que la manifestada por el Asegurado en la solicitud de seguro, y posteriormente al cambio de ocupación sufre lesiones mientras esté ejecutando algún acto o cosa propia de tal ocupación, la Compañía sólo pagará la parte de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza que se hubieren podido comprar con la prima que se pagó.

Si el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa registrada como no asegurable, el Contrato de seguro quedará rescindido de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación y la Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada correspondiente al pago del último año de vigencia de la póliza.

5. Límites y modificaciones por edad.

La Compañía no expide pólizas con las coberturas de "1) Cobertura de Muerte Accidental (M.A.)" y de "4) Indemnización Diaria por Incapacidad", a personas menores de doce años de edad; tampoco concede la protección de "3) Pérdida de Miembros y de la Vista" y de 5) "Reembolso de Gastos Médicos", a los solicitantes menores de cinco años de edad. En ningún caso se expiden seguros de accidentes a personas con más de setenta años de edad.

Este contrato de seguro se renovará por última vez en el año calendario en que el Asegurado cumpla la edad de setenta años.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y resultare que la edad real, a la fecha de la celebración del contrato de seguro o de cualquier renovación, está fuera de los límites de edad aquí establecidos, el contrato quedará rescindido de pleno derecho y la Compañía devolverá al Asegurado o a su Beneficiario el 70% de la última prima que se hubiere pagado.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se pagó una prima mayor, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado 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.

Si de la inexacta declaración de la edad del Asegurado resulta que se pagó una prima inferior a la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad en la fecha de celebración del contrato.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento y por una sola vez la comprobación legal de la fecha de nacimiento del Asegurado. Al efectuarse esta comprobación, la Compañía anotará en esta póliza que se ha cumplido con esta obligación.

Para efectos de esta póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que haya alcanzado por años cumplidos.

6. Pago de la prima.

El Asegurado o Contratante gozarán de un periodo de gracia de treinta días naturales para el pago de su prima, el cual aplicará también para cada una de la fracciones correspondientes en caso de pago en parcialidades., en caso de no realizarse el pago dentro del periodo de gracia señalado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato a las 12 horas del último día de este plazo. Si dentro del mencionado plazo de treinta días ocurriere un accidente cubierto por esta póliza, la Compañía descontará el importe de la prima insoluble de la cantidad que hubiere de pagar a consecuencia del accidente.

7. Renovación del seguro.

Esta póliza se considerará renovada por periodos de un año, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra, por escrito, de su voluntad de que no sea renovada.

El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido en las formas registradas de la Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

8. Moneda.

Tanto el pago de las primas como el de las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, se liquidarán en Moneda Nacional, y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

9. Notificaciones.

Cualquier notificación o reclamación relacionada con la presente póliza deberá hacerse a la Compañía por escrito en su domicilio social. Las notificaciones que ésta deba hacer al Asegurado se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado a la Compañía para recibir las.

10. 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 de 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 aquellas a las que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de servicios Financieros.

La suspensión de la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar, solo por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo de la fracción V del artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

11. 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 de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios financieros, y 277 de la Ley General de

Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro de los términos y condiciones establecidos en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

12. Interés Moratorio

En el 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 cantidad procedente 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.

Ley sobre el Contrato de Seguro Artículo 71.-“El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII.** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX.** Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

13. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

14. Información para el pago del siniestro:

La persona que presente la reclamación, deberá presentar los formatos de reclamación de la Compañía, mismos que se encuentran disponibles en la página de internet www.latinoseguros.com.mx; adicionalmente, todas las pruebas relacionadas con el siniestro.

Para la cobertura de Muerte Accidental (M.A.):

- Carta notificación de fallecimiento.
- Declaración 1. Contestada íntegramente y firmada por él o los Beneficiarios preferentes y dos testigos que sean mayores de edad.
- Declaración 2. Contestada íntegramente y firmada por el Médico que extendió el Certificado de Defunción o el Médico que atendió al Asegurado y dos testigos.
- Fotocopia del certificado de defunción.
- Acta de defunción en original o copia certificada no mayor a tres meses de expedición del Asegurado.
- Acta de Nacimiento en original o copia certificada del Asegurado, actualizada con no más de tres meses de expedición.

- Fotocopia de identificación oficial del Asegurado con su firma.
- En caso necesario, actuaciones del Ministerio Público (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), incluyendo conclusiones (copias certificadas).
- A falta de designación de beneficiarios o bien en caso de muerte de los mismos: Resolución de la Sucesión Legal, el pago se hará a la sucesión del Asegurado, por lo que los interesados deberán promover juicio sucesorio a su costa, proporcionando a la Compañía en su oportunidad, el nombramiento de la persona designada.
- Los Beneficiarios deberán identificarse plenamente con documento con validez oficial, entregando a la Compañía fotocopia por ambos lados, comprobante de domicilio vigente (no mayor de tres meses) y contestar íntegramente la forma de Identificación del Cliente.
- Fotocopia del CURP del Beneficiario.
- Acta de Matrimonio cuando el Beneficiario sea su esposa y su designación haya sido hecha usando el apellido del Asegurado.
- Acta de Nacimiento de los Beneficiarios, cuando estos sean menores de edad, original y copia certificada.
- Acta de Defunción de los Beneficiarios, en caso de que alguno de ellos hubiere fallecido, original y copia certificada.

2. Para la cobertura de Muerte Accidental Colectiva (M.A.C.):

- Carta notificación de fallecimiento.
- Declaración 1. Contestada íntegramente y firmada por él o los Beneficiarios preferentes y dos testigos que sean mayores de edad.
- Declaración 2. Contestada íntegramente y firmada por el Médico que extendió el Certificado de Defunción o el Médico que atendió al Asegurado y dos testigos.
- Copia de certificado de defunción.
- Acta de defunción en original o copia certificada no mayor a tres meses de expedición, del Asegurado.
- Acta de Nacimiento en original o copia certificada del Asegurado, actualizada con no más de tres meses e expedición.
- Fotocopia de identificación oficial del Asegurado con su firma.
- Fotocopia del CURP del Asegurado.
- Actuaciones del Ministerio Público (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), incluyendo conclusiones (copias certificadas).
- A falta de designación de beneficiarios o bien en caso de muerte de los mismos: Resolución de la Sucesión Legal, el pago se hará a la sucesión del Asegurado, por lo que los interesados deberán promover juicio sucesorio a su costa, proporcionando a la Compañía en su oportunidad, el nombramiento de la persona designada.
- Los Beneficiarios deberán identificarse plenamente con documento con validez oficial, entregando a la Compañía fotocopia por ambos lados, comprobante de domicilio vigente (no mayor de tres meses) y contestar íntegramente la forma de Identificación del Cliente.
- Fotocopia del CURP del Beneficiario.
- Acta de Matrimonio cuando el Beneficiario sea su esposa y su designación haya sido hecha usando el apellido del Asegurado.
- Acta de Nacimiento de los Beneficiarios, cuando estos sean menores de edad, original y copia certificada.
- Acta de Defunción de los Beneficiarios, en caso de que alguno de ellos hubiere fallecido, original y copia certificada.

Para la cobertura de Pérdida de Miembros y de la Vista:

- Solicitud de reclamación.
- Formato de Aviso de accidente.
- En su caso actuaciones del Ministerio Público, incluyendo conclusiones (copias certificadas).
- Fe de lesiones otorgada por el Médico Legista en el momento de reportarse al Ministerio Público.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad, en caso contrario deberán presentar identificación oficial vigente del padre o tutor.
- Acta de Nacimiento en original o copia certificada del Asegurado, actualizada con no más de tres meses de expedición.
- Fotocopia del CURP del Asegurado.
- Fotocopia del CURP del Padre o tutor cuando el asegurado sea menor de edad.
- El comprobante de la Institución hospitalaria con el nombre completo del paciente y diagnóstico.
- La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumplan con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- Informe del médico tratante.
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique la pérdida del miembro y de la vista (Se deberán incluir fotografías de la Pérdida Orgánica).
- Los Beneficiarios deberán entregar a la Compañía fotocopia del comprobante de domicilio vigente (no mayor de tres meses) y contestar íntegramente la forma de Identificación del Cliente.

Para la cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad

- Solicitud de reclamación.
- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad. En caso contrario deberán presentar identificación oficial vigente del padre o tutor.
- Acta de Nacimiento en original o copia certificada del Asegurado, actualizada con no más de tres meses de expedición.
- Fotocopia del CURP del Asegurado.
- Fotocopia del CURP del Padre o tutor cuando el asegurado sea menor de edad.
- Informe del médico tratante, en cuyo caso deberá incluir los días en que permaneció hospitalizado el asegurado.
- Último recibo de nómina del asegurado.
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico de la incapacidad
- Los Beneficiarios deberán entregar a la Compañía fotocopia del comprobante de domicilio vigente (no mayor de tres meses) y contestar íntegramente la forma de Identificación del Cliente.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

II. DEFINICIONES GENERALES

1. Accidentes cubiertos.

Se le considera accidente cubierto aquel acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, violenta y fortuita que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera como accidente cubierto, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Asegurado

Es la persona física amparada por la póliza.

3. Contratante

Persona física o moral que es responsable ante la Compañía de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad.

4. Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La Póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales
- d) Las Condiciones Generales.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

5. Edad

La edad cronológica que tiene un asegurado en una fecha determinada.

6. Exclusiones

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

7. Fecha de inicio de Cobertura

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

8. Fecha de inicio de Vigencia

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

9. Fecha de término de Vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

10. Lugar de residencia

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

11. Ocupación

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

12. Recibo de Pago

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

13. Reclamación

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

14. Renovación Vitalicia y Automática

Proceso administrativo mediante el cual, a cambio del pago de la prima correspondiente, se mantiene en vigor por un periodo igual, dando continuidad de cobertura a los Asegurados amparado en los mismos términos de cobertura.

15. Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.

16. Suma asegurada.

Es la cantidad máxima que paga la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia de una reclamación, de acuerdo a los límites pactados en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

17. Deducible.

Es la cantidad pactada que se encuentra establecida en la carátula de la póliza y que será a cargo del Asegurado, por los primeros gastos cubiertos en cada accidente en la cobertura de reembolso de gastos médicos.

Cuando se trate de las coberturas pérdida de la vida y pérdida de miembros no se aplica deducible.

18. Coaseguro.

Es el porcentaje con el que participa el Asegurado en toda indemnización por accidente en la cobertura de reembolso de gastos médicos después de descontado el deducible y debe estar especificado en la carátula de la póliza.

III. ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES

1. Cobertura de Muerte Accidental (M.A.)

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados, o a falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de esta póliza para esta cobertura, deduciendo cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por la cobertura "3) Pérdida de Miembros y de la Vista", de esta póliza, cuando éstas hayan sido producidas por el mismo accidente que provocó la muerte.

El Asegurado podrá en cualquier momento cambiar el Beneficiario, siempre que esta póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para efectuar este cambio el Asegurado lo notificará por escrito a la Compañía, expresando con claridad el nombre o nombres completos de los nuevos Beneficiarios y remitiendo la póliza para su anotación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará válidamente la suma asegurada a la persona que figure como último Beneficiario sin responsabilidad alguna para la Compañía. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar el Beneficiario, se hará constar en la póliza el carácter irrevocable de la designación para que surta

sus efectos, y se notificará a la Compañía y al Beneficiario.

Aumento de suma asegurada

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

En cada renovación anual, completa y consecutiva de este seguro, la suma asegurada por la cobertura de pérdida de la vida se incrementará en un 10% (diez por ciento), sin variación de la prima, hasta alcanzar un aumento máximo igual a la mitad del valor inicial de dichas sumas asegurada.

2. Cobertura de Muerte Accidental Colectiva (M.A.C.)

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

La indemnización pagadera por la cobertura de muerte accidental o la pérdida de miembros o de la vista, causados por el accidente, se duplicará si fueran sufridas por el Asegurado:

- a) Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b) Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio al público (con exclusión de los ascensores en las minas y en obras en construcción); o
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

El Asegurado, o los Beneficiarios en su caso, tienen obligación de notificar a la Compañía, dentro de un plazo que no exceda de noventa días de ocurrido el accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas enumeradas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cláusula, la Compañía tendrá el derecho de practicar examen médico al Asegurado.

Las indemnizaciones establecidas en esta cláusula se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba de que la lesión o lesiones causantes de la muerte o pérdidas sufridas por el Asegurado, ocurrieron durante el plazo del seguro de esta cláusula, siempre que la misma se encuentre en vigor al ocurrir el accidente..

En caso de accidente que ocasione alguna indemnización de las aquí previstas, esta cláusula se cancelará automáticamente en el aniversario de la póliza siguiente a fecha del accidente.

Esta cláusula se concede mediante la obligación del pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la cobertura básica a la que se adiciona. El Asegurado en cualquier momento, podrá pedir su cancelación, solicitándolo por escrito y remitiendo la póliza para efectuar su cambio.

La cancelación del Contrato contenido en la póliza, cesará en sus efectos el contenido de la presente cláusula.

Esta cláusula se cancelará automáticamente al término del plazo de seguro estipulado, o en el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla 70 años de edad, lo que ocurra primero, cesando la obligación del pago de las primas correspondientes.

3. Cobertura de Pérdida de Miembros y de la Vista.

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

Si como consecuencia del accidente cubierto, sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enumeradas a continuación, la Compañía pagará las cantidades correspondientes de acuerdo a la escala contratada conforme a lo siguiente:

Por la pérdida de:	De la suma asegurada para esta cobertura, el:	
	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.	100%	100%
Una mano y un pie.	100%	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.	100%	100%
Una mano o un pie.	50%	50%
La vista de un ojo.	30%	30%
El pulgar de cualquier mano.	15%	15%
El índice de cualquier mano.	10%	10%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano.	---	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el dedo índice de una mano.	---	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano.	---	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano.	---	20%
El dedo medio, el anular o el meñique.	---	5%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	---	30%
Sordera completa de los oídos.	---	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	---	15%

Se entiende 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 él; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de las dos falanges completas en cada dedo; por pérdida de los otros dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal según sea el caso o arriba de la misma, y por sordera la pérdida total y definitiva de la función de los dos oídos.

Cuando se haya contratado la escala de indemnizaciones B, se considerará por pérdida de las manos o de los pies además de lo establecido en el párrafo anterior la anquilosis de estos miembros.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza y el Certificado respectivo, en uno o en varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

Aumento de suma asegurada

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

En cada renovación anual, completa y consecutiva de este seguro, la suma asegurada por la Cobertura de Pérdida de Miembros y de la Vista se incrementará en un 10% (diez por ciento), sin variación de la prima, hasta alcanzar un aumento máximo igual a la mitad del valor inicial de dichas sumas aseguradas.

4. Cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad.

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

- Incapacidad total.

Si como consecuencia directa de un accidente, el Asegurado, dentro de los primeros diez días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, de manera continua y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital, o en su domicilio, la Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria estipulada en la carátula de esta póliza, por un período que no excederá de un mil cuatrocientos sesenta días.

- Incapacidad parcial.

Si dentro de los diez días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta por el párrafo anterior de este inciso, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directamente una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará durante el período de la incapacidad, el 40% (cuarenta por ciento) de la indemnización contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de ciento ochenta y dos días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

- Pérdida de la vida, de miembros o de la vista.

Si el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad, total o parcial, de acuerdo con lo establecido en la presente cobertura y las lesiones causadas por el accidente originaren de modo directo la muerte o alguna de las pérdidas enumeradas en la cobertura 3 de esta póliza, la Compañía pagará las cantidades estipuladas por la pérdida respectiva.

5. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

Si como consecuencia directa de un accidente el Asegurado, dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, la Compañía reembolsará, independientemente de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por esta cobertura, previa su comprobación. **No quedan cubiertos los gastos realizados para acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.**

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase y tratamientos de ortodoncia, necesarios a causa de accidente, serán cubiertos por la Compañía hasta un límite de un 15% (quince por ciento) de la suma máxima contratada para esta cobertura. Los gastos de ambulancia o de traslado del Asegurado se reembolsarán hasta un máximo del 5% (cinco por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura. Estos conceptos quedan comprendidos en la suma máxima asegurada para esta cobertura.

Los gastos cubiertos por accidentes se reembolsarán por un período de trescientos sesenta y cinco días contados a partir de la fecha del accidente, sin que en ningún caso excedan de la suma asegurada contratada por este concepto.

La Compañía sólo reembolsará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión; los gastos de internación se reembolsarán siempre que hayan sido pagados a sanatorios u hospitales legalmente autorizados.

Si esta Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos estuviere asegurada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, que cubran el mismo riesgo, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los que se reembolsarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza.

IV. EXCLUSIONES

Riesgos excluidos.

El Contrato de seguro contenido en esta póliza no cubre, por concepto de accidente, la muerte, las lesiones o las pérdidas ocasionadas, directa, por alguna de las siguientes causas:

a) Enfermedad corporal o mental; infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.

b) Servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución y alborotos populares. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado con culpa grave y riña en que dicho Asegurado sea el provocador.

c) Suicidio o cualquier intento del mismo y mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

d) Hernias, eventraciones, envenenamientos de cualquier origen o naturaleza excepto si son a consecuencia de un accidente, y abortos cualquiera que sea su causa, salvo los de carácter accidental.

e) Participación en carreras o pruebas de seguridad, de resistencia o de velocidad, en automóviles, cochecitos de motor, motocicletas, bicicletas o vehículos similares a los mencionados.

f) La muerte, lesiones o pérdidas orgánicas sufridas imprudentemente por el Asegurado, bajo los efectos o influencia de bebidas alcohólicas o cualquier tipo de droga (excepto cuando éstas estén prescritas por algún médico legalmente autorizado para ejercer esta profesión).

Riesgos Excluidos Que Pueden Ser Cubiertos Mediante Convenio Escrito.

Salvo convenio por escrito agregado a esta póliza como cláusula adicional, este seguro no ampara, por concepto de accidente, la muerte, las lesiones o las pérdidas ocasionadas, directamente, por alguna de las siguientes causas:

a) Cuando el Asegurado viajare en una aeronave, como piloto, mecánico en vuelo, miembro de la tripulación o con cualquier otro carácter, excepto como pasajero con boleto pagado o pase debidamente expedido por una empresa de transportes autorizada para el servicio de pasajeros, que realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.

b) Si el Asegurado viajare en motonetas o motocicletas u otros vehículos similares de motor.

c) Por la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo o equitación.

V. INDEMNIZACIONES

1. Aviso de accidente.

El Asegurado, o el Beneficiario(s) en caso de muerte, deberán dar aviso a la Compañía de cualquier accidente cubierto por esta póliza dentro de los veinte días siguientes de haber ocurrido.

La Compañía tiene derecho a examinar médicamente al Asegurado para resolver sobre cualquier reclamación que se hubiere presentado.

2. Pago del seguro.

Las cantidades pagaderas por la Compañía en virtud de este seguro, serán cubiertas dentro de los cinco días hábiles siguientes de la presentación de las pruebas que se requieran.

La indemnización por pérdida de la vida será liquidada al Beneficiario y todas las demás indemnizaciones serán cubiertas al Asegurado contra la presentación de los comprobantes que la acrediten.

Cualquier pago que hubiere de realizar la Compañía en virtud de este seguro, lo hará en sus oficinas.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, y por cuenta del Asegurado o de su Beneficiario, la realización del accidente. El Asegurado o el Beneficiario deberán requisitar las formas de declaración correspondientes que para el efecto le proporcione la Compañía, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante. Los límites establecidos en esta póliza para el pago de las coberturas se aplicarán por cada accidente siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí, excepto como queda estipulado en la cobertura "3) Pérdida de Miembros y de la Vista".

ADVERTENCIAS

En el caso de que desee nombrar Beneficiario(s) a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

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

OTROS SEGUROS

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras compañías que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán en los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada en cada póliza. Esta limitación no se aplica a las Coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.

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 05 de agosto de 2016 con número de registro CNSF-S0013-0537-2016/CONDUSEF-000896-01.