

CONDICIONES GENERALES

ACCIDENTES PERSONALES GRUPO, COLECTIVO Y ESCOLAR

Autorización CNSF según Oficio No. 06-367-II-1.1 /2883 del 3 de abril del 2001. Exp.:
732.1(S-54)/1.

ÍNDICE

SECCIÓN I. DEFINICIONES.

1. Accidente Cubierto.
2. Colectividad Asegurable.
3. Asegurados (Colectividad Asegurada).
4. Contratante.
5. Póliza de Seguro.
6. Endoso.
7. Siniestro.
8. Suma Asegurada.
9. Deducible.
10. Gastos Médicos Cubiertos.

SECCIÓN II. CLAUSULAS GENERALES.

1. Contrato.
2. Vigencia.
3. Notificaciones.
4. Competencia.
5. Prescripción.
6. Omisiones o Declaraciones Inexactas.
7. Otros Seguros.
8. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
9. Modificaciones.
10. Moneda.
11. Primas.
12. Obligación de Asegurar.
13. Asegurados y Movimientos.
14. Ocupación.
15. Rehabilitación.
16. Renovación.
17. Beneficiarios.
18. Pago de Reclamaciones.
19. Edad.
20. Interés Moratorio.
21. Período de Beneficio.
22. Terminación del Contrato.
23. Participación de Utilidades.

SECCIÓN III. COBERTURAS.

1. Accidentes Personales Escolar.
2. Muerte Accidental.
3. Reembolso de Gastos Funerarios.
4. Pérdidas Orgánicas.
5. Indemnización Diaria por Incapacidad.
6. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

SECCIÓN IV. EXCLUSIONES.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO, COLECTIVO Y ESCOLAR

SECCIÓN I. DEFINICIONES.

Con el fin de interpretar las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en esta póliza a continuación se precisan las siguientes definiciones:

1.- ACCIDENTE CUBIERTO.

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, se considerarán como un solo evento.

No se considera como accidente cubierto las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado o sus dependientes y los expresamente excluidos en la póliza.

2.- COLECTIVIDAD ASEGURABLE.

a) Colectivo.- Es la colectividad formada por todas las personas que cumplen los requisitos para ser Asegurados. Dichos requisitos deben ser claros, de aplicación general y evitar que alguna persona sea privilegiada con la cobertura o los beneficios del seguro sobre el resto de las personas con las que se encuentre en igualdad de circunstancias para pertenecer al grupo asegurable.

b) Escolar.- Conjunto formado por el 100% de los alumnos, personal administrativo y/o docente de la escuela.

3.- ASEGURADOS (COLECTIVIDAD ASEGURADA).

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

4.- CONTRATANTE.

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

5.- PÓLIZA DE SEGURO.

Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que, de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía Aseguradora, el Contratante y los Asegurados.

6.- ENDOSO.

Documento que modifica: bases, términos y condiciones de la póliza; y forma parte de ésta última.

7.- SINIESTRO.

La ocurrencia de cualquier accidente cubierto que pueda ser motivo de indemnización.

8.- SUMA ASEGURADA.

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

9.- DEDUCIBLE.

Sólo para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que corresponde a los primeros gastos médicos cubiertos por cada accidente. El seguro cubre a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza.

El monto del deducible aparece en la carátula de la póliza.

10.- GASTOS MEDICOS CUBIERTOS.

Sólo para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Aquellos gastos en los que incurre el Asegurado, médicamente prescritos y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un accidente cubierto.

SECCIÓN II. CLÁUSULAS GENERALES.

1.- CONTRATO.

Forman parte de este contrato las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro - conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos -, esta póliza, los endosos anexos y el registro de Asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

2.- VIGENCIA.

Este contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

3.- NOTIFICACIONES.

Cualquier comunicación o notificación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a la Compañía por escrito, y enviarse al domicilio señalado en la carátula de la póliza.

4.- COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante deberá acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, 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 ante los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

5.- 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 del Contrato Sobre Seguro, desde la fecha que les dio origen, salvo en los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias establecidas en el artículo 84 de la Ley del Contrato Sobre Seguro, sino por el nombramiento del perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

6.- 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 y 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.

7.- OTROS SEGUROS.

Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

El Contratante o Asegurado tiene la obligación de dar aviso por escrito a la Compañía sobre todo seguro que contrate o haya contratado cubriendo a las mismas personas y contra los mismos riesgos, indicando el nombre de las demás compañías aseguradoras y las sumas aseguradas.

El reembolso pagadero en total por todas las pólizas no excederá a los gastos incurridos, los que se liquidarán en proporción de los beneficios contratados en cada póliza.

Si el Contratante o Asegurado omitiere el aviso de que se trata esta cláusula o si contratara los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

8.- ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. “

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

9.- MODIFICACIONES.

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la Compañía y el Contratante, haciéndose constar mediante cláusulas o endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los endosos que la Compañía emita para esta póliza, prevalecerán sobre lo consignado en estas Condiciones Generales.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

10.- MONEDA.

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

11.- PRIMAS.

La suma de las primas correspondientes a cada Asegurado, de acuerdo con su edad alcanzada, su ocupación, actividad, coberturas contratadas y la tarifa en vigor para cada cobertura en la fecha de iniciación del período de seguro, constituye la prima de la Colectividad Asegurada y la prima de la póliza.

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato y salvo pacto en contrario se entenderá que el periodo de seguro es de 12 meses.

Si el Contratante o Asegurado ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes, con vencimiento al inicio de cada período pactado y se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado vigente a la fecha de expedición de la póliza.

La prima convenida debe ser pagada en el domicilio de la Compañía señalado en la carátula de la póliza, contra entrega del recibo correspondiente.

El Contratante gozará de un período de gracia de treinta días naturales, contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima, para liquidar el total de las primas o de cada una de las fracciones convenidas.

A las 12 hrs. del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

12.- OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurable definida en esta póliza.

Asimismo, se obliga a solicitar seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, dentro de los 30 días siguientes. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al Contratante comunicado con 30 días de anticipación. En caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de personas que lo soliciten con posterioridad a los primeros 30 días de vigencia de la póliza, quedará sujeta a la aprobación previa de la Compañía.

13.- ASEGURADOS Y MOVIMIENTOS.

- a) Registro de Asegurados. Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía elaborará un registro para el período de seguro pactado que contendrá: nombre, fecha de nacimiento, coberturas contratadas y prima.

- b) Reporte de movimientos. El Contratante deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran.
Los movimientos quedarán inscritos en el registro de Asegurados y la Compañía expedirá los certificados correspondientes.
- c) Altas. Si el reporte es oportuno, la protección se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la Colectividad Asegurable en los términos pactados y, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección quedará condicionado a la aceptación por parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.
- d) Bajas. La baja de un Asegurado será efectiva al momento en que ocurra el fallecimiento del Asegurado o su separación de la Colectividad Asegurada.
Las personas dadas de baja dejarán de disfrutar los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la Colectividad Asegurada, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha baja.
- e) Primas. En caso de alta o de baja de Asegurados; de aumento o disminución de beneficios; la Compañía cobrará o devolverá al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.
- f) Pagos Improcedentes. Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

14.- OCUPACIÓN.

Si el Asegurado cambia de ocupación o de actividad en su empleo o en las actividades deportivas que desempeña, deberá avisar por escrito a la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicho cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a la Compañía, está no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación. La Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagada durante el último año de vigencia de la póliza.

15.- REHABILITACIÓN.

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

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que se amplíe la vigencia del seguro, está automáticamente se prorrogará por un lapso igual comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

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

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

16.- RENOVACIÓN.

El Contratante tendrá derecho a renovar esta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a la Compañía dentro de los 30 días anteriores a la fecha de término de vigencia.

Se considerará fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación este fuera de los límites establecidos en esta póliza.

La Compañía podrá modificar en cada renovación la tarifa aplicable y las condiciones de esta póliza de acuerdo con los resultados que haya tenido la Colectividad Asegurada en los periodos de seguro, siempre y cuando el procedimiento esté apegado al registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

17.- BENEFICIARIOS.

La Indemnización que proceda se pagará al Asegurado o al/a los beneficiario(s) que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el contrato.

Los Asegurados mayores a 12 años tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los beneficiarios siempre que la póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado o el Contratante, deberá notificar por escrito el cambio de beneficiario a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en el contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario del que se haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

Si habiendo varios beneficiarios falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, o en el caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; salvo estipulación en contrario.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiario, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante, o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si el Asegurado es menor de edad, la indemnización correspondiente a las coberturas de Accidentes Escolares, Reembolso de Gastos Funerarios, Pérdidas Orgánicas, Indemnización Diaria por Incapacidad y Reembolso de Gastos Médicos se le pagará al padre o tutor.

ADVERTENCIA: En caso de nombrar beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

18.- PAGO DE RECLAMACIONES.

a) Aviso. Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación.

En caso de falta de este aviso, la Compañía estará facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

- b) Pruebas. Además de las formas de declaración que la Compañía proporcione al reclamante, este presentará a su costa todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.
- c) Comprobación. La Compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación.

La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

- d) Deducciones. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización de acuerdo al Artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- e) Reembolso de Gastos Médicos. La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Compañía sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, etc. prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes.

La Compañía no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

- f) Plazo de pago de Indemnizaciones. La Compañía pagará al Asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

19.- EDAD.

Como Edad del Asegurado, se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del seguro o en su caso a la fecha de renovación.

En cada una de las coberturas contratadas se establecen las edades mínimas y máximas de contratación, así como de cancelación.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de cancelación, las coberturas continuarán hasta el fin de la vigencia, cancelándolo automáticamente a la siguiente renovación.

- a) Comprobación. La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez efectuada ésta, la Compañía hará la anotación respectiva y no podrá pedir nuevas pruebas.

- b) Ajuste de indemnización. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado se estuviere pagando prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de la Compañía para ese Asegurado, 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.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Contratante o Asegurado el 70% de la diferencia entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, esta estuviera fuera de los límites fijados para esta póliza, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para este Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 70% de la prima pagada.

- c) Recuperación. Si la Compañía hubiere pagado alguna indemnización al descubrirse la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del primer párrafo del inciso b) anterior, incluyendo los intereses respectivos.

20.- INTERÉS MORATORIO.

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos de del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio de acuerdo con la legislación aplicable en ese momento.

21.- PERÍODO DE BENEFICIO.

Las coberturas de esta póliza terminarán automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados al ocurrir cualquiera de los siguientes casos:

- a) El Asegurado al momento de la renovación, alcance la edad de cancelación de las coberturas.
- b) La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agote la suma asegurada contratada o,
- c) Esta póliza quede cancelada.

22.- TERMINACION DEL CONTRATO.

La terminación de este contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, puede terminar por las siguientes causas:

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la carátula de la póliza.

- b) Si los miembros de la Colectividad Asegurada pierden su calidad de Colectividad Asegurable. En este caso, la Compañía enviará un aviso de cancelación, siendo efectiva esta después de 30 días transcurridos desde la fecha de recepción del aviso, devolviendo la prima no devengada al momento de la cancelación.
- c) Terminado el plazo de gracia para el pago de las primas correspondientes.

23. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El Contratante o los Asegurados en su caso y por la proporción que les corresponde participarán de las utilidades que obtenga la Compañía en la cartera de este tipo de seguros, de acuerdo con los procedimientos registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de dicha participación quedará condicionado a que el Contratante liquide la prima correspondiente y se hará en la misma forma en que se haga dicha liquidación.

SECCIÓN III. COBERTURAS.

1.- ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR.

Se cubre exclusivamente la actividad escolar durante el año escolar sin incluir vacaciones, a los alumnos que figuran en el registro de Asegurados de un mismo plantel y que representan el 100% de la colectividad, así mismo al personal docente y administrativo que aparece en la nómina de la escuela, bajo lo siguiente:

- a) Dentro del edificio o predio de la escuela.
- b) Asistiendo o participando en un evento organizado, programado, aprobado y supervisado por la autoridad competente de la escuela.
- c) Viajando en grupo directamente desde o hasta el lugar donde se efectúen los eventos descritos en el inciso b) que antecede, dentro de la República Mexicana, en la inteligencia de que durante el viaje, el grupo deberá estar igualmente bajo la supervisión de la referida autoridad.
- d) Dirigiéndose directa e ininterrumpidamente desde su domicilio hasta la escuela y viceversa por cualquier medio de transporte excepto motocicleta o motoneta.

2.- MUERTE ACCIDENTAL.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía pagará a las personas designadas en la cláusula de beneficiarios, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

De la suma asegurada anterior, se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo accidente que provoco la muerte.

La edad mínima de aceptación para este beneficio será de 12 años.

3.- REMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía reembolsará a las personas designadas en la cláusula de beneficiarios, previa comprobación, los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, por transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario hasta el monto total de la suma asegurada con máximo de 60 veces el Salario Mínimo Mensual del D.F.

La edad mínima y máxima de aceptación para este beneficio será de 1 a 11 años.

4.- PERDIDAS ORGÁNICAS.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la suma asegurada establecidos en la carátula de la póliza para esta cobertura.

| Por la pérdida de | 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 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% |
| Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos | --- | 30% |
| Tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de una mano | --- | 30% |
| Sordera completa de los oídos | --- | 25% |
| Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de cualquier mano | --- | 25% |
| El pulgar y otro dedo que no sea el índice de cualquier mano | -- | 25% |
| El índice y otro dedo que no sea el pulgar de cualquier mano | -- | 20% |
| Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cms | --- | 15% |
| El dedo medio, anular o meñique | --- | 5% |

Por las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano, la mutilación o anquilosamiento total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie, el anquilosamiento o la mutilación completa desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos, la mutilación desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos)
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable la función de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o varios accidentes cubiertos, 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 contratada para esta cobertura.

5.- INDEMNIZACION DIARIA POR INCAPACIDAD.

Incapacidad Total.- Si dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente, las lesiones causaren al Asegurado directa o independientemente de cualquiera otras causas, una incapacidad consistente en pérdida de facultades o aptitudes que lo imposibiliten totalmente para desempeñar su trabajo, la Compañía pagará al Asegurado la Indemnización diaria establecida en la carátula de la póliza, durante el periodo de tal incapacidad, pero sin exceder 1,460 días consecutivos contados desde la fecha del accidente.

Incapacidad Parcial.- Si dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierta, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa o independientemente de cualquiera otras causas, una pérdida de facultades o aptitudes que lo imposibiliten parcialmente para desempeñar su trabajo, la Compañía, pagará al Asegurado durante el periodo de tal incapacidad, 2/5 de la indemnización pagadera por incapacidad total pero sin exceder el periodo de pago de 182 días consecutivos contados desde la fecha del accidente.

6.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los diez primeros 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, además de otras indemnizaciones a que tuviera derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias previa comprobación de los gastos efectuados, descontando el deducible contratado para esta cobertura y que aparece en la carátula de la póliza.

La Suma Asegurada para esta cobertura será por accidente cubierto, por lo que la responsabilidad de la Compañía finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados cuando:

- a) Se agote la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura,
o,
- b) Transcurran 365 días contados a partir de que el Asegurado hizo la primera erogación, o,
- c) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones.

Lo que ocurra primero.

SECCIÓN IV. EXCLUSIONES.

El contrato contenido en esta póliza no cubre lo siguiente:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.**
- c) Cualquier forma de navegación submarina.**
- d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.**
- e) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.**
- f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente como:
Condición de los padecimientos que en fecha anterior al inicio de vigencia de la póliza:
 - Hayan sido diagnosticados por un médico y/o
 - Hayan sido aparentes a la vista y/o
 - Fueren de los que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidos y/o
 - Haya sido erogado algún gasto, por su atención médica o quirúrgica.**
- g) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.**
- h) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.**
- i) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- j) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.**

- k) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.**
- l) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.**

Salvo pacto en contrario, accidentes que se originen por participar en actividades como:

- m) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- n) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- o) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**
- p) Práctica profesional de cualquier deporte.**
- q) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.**