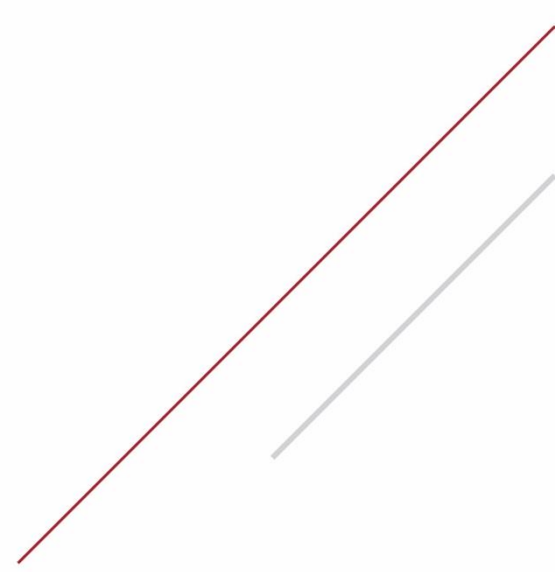




SEGUROS **EL POTOSI**

A tu lado.

Condiciones Generales **Seguro de accidentes**



Contenido

I. DEFINICIONES.....	3
II. COBERTURAS	8
1. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL (CMA)	8
2. COBERTURA EDUCACIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.....	9
3. PÉRDIDAS ORGÁNICAS.....	9
4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	11
5. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE	12
III. CLAUSULAS GENERALES	12
1. CONTRATO	12
2. DE LOS DOCUMENTOS Y LAS DECLARACIONES.....	12
3. ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA.....	13
4. NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA	13
5. VIGENCIA	14
6. MODIFICACIONES	14
7. NOTIFICACIONES.....	15
8. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	15
9. CERTIFICADOS INDIVIDUALES	15
10. EDAD	16
11. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	16
A. ALTAS DE ASEGURADOS.....	17
B. BAJA DE ASEGURADOS	18
12. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.....	18
13. DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA	18
14. PRIMAS	18
a) IMPORTE TOTAL	18

b)	PERIODICIDAD	19
c)	PAGO.....	19
d)	LUGAR DE PAGO.....	19
e)	TARIFA VIGENTE.....	19
15.	MONEDA	19
16.	PERÍODO DE GRACIA.....	20
17.	REHABILITACIÓN	20
18.	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	20
19.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	22
20.	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	22
21.	PAGO DE SUMA ASEGURADA	23
22.	MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO	23
23.	RENOVACIÓN	24
24.	PRESCRIPCIÓN.....	24
25.	INDEMNIZACIÓN POR MORA	25
26.	CESIÓN DE DERECHOS	28
27.	COMPETENCIA.....	28
28.	DERECHO DE LOS CONTRATANTES	29
29.	IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES.....	29
IV.	EXCLUSIONES.....	29

Seguros El Potosí, S. A., en adelante la COMPAÑÍA, emite la presente Póliza sobre la vida del ASEGURADO, basándose en las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO de la Póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

I. DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

1. Accidente.

Se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el ASEGURADO.

2. Asegurado.

Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente Póliza, previa firma del consentimiento o, en todo caso, si este es un menor, presente el consentimiento firmado por el padre o tutor para formar parte de la Colectividad Asegurada.

3. Aseguradora.

Seguros El Potosí, S.A., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la Póliza.

4. Beneficio.

Es la indemnización a la que tiene derecho el ASEGURADO o Beneficiario, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

5. Beneficiario.

Es la persona o las personas designadas en la Póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.

6. Calendario Escolar.

Es el periodo que establece la Secretaría de Educación Pública para la actividad escolar.

7. Periodo Escolar.

Corresponde al tiempo establecido por cada escuela o colegio para el desarrollo de sus actividades escolares, este puede ser menor, igual o mayor (un año) al calendario escolar.

8. Certificado.

Documento que certifica el aseguramiento de cada uno de los Asegurados, indicando las coberturas y sumas aseguradas contratadas.

9. Contratante.

Es la persona física o moral que suscribe con la ASEGURADORA una póliza de seguro. Es responsable ante la COMPAÑÍA de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

10. Colectividad Asegurada.

Corresponderá al conjunto de personas que tengan una relación o que pertenezcan a una escuela o colegio, es decir, los alumnos, profesores,

personal administrativo, padres o tutores de los alumnos, en este último caso deberán ser los responsables del pago de las colegiaturas. El mínimo de integrantes considerado para este tipo de colectividades no podrá ser inferior a cien (100) integrantes.

11. Consentimiento.

Documento mediante el cual el ASEGURADO otorga su consentimiento para ser ASEGURADO en la póliza de Seguro Colectivo contra Accidentes Personales que el CONTRATANTE solicitó a La COMPAÑÍA. En el caso de menores de edad, el consentimiento deberá ser firmado por el padre o tutor.

12. Deducible.

Cantidad a pagar a cargo del ASEGURADO que se debe cubrir en cada siniestro precedente.

13. Endoso.

Es el acuerdo establecido en un Contrato de Seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

14. Exclusiones.

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

15. Fecha de Inicio de Vigencia.

Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza Contratada.

16. Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas.

Se entenderá como Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas, el costo máximo admisible para un tratamiento o procedimiento médico. El Catálogo de I.Q. será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, al hospital y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.

17. Ley.

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

18. Padecimientos Preexistentes.

Son aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo a la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una lesión que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una lesión y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una lesión haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico, tratamiento o un gasto previo a la celebración del Contrato.

En caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento.

19. Pérdida Orgánica.

Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz 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: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total 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 de la vista.

20. Período al Descubierto.

Es el lapso en el cual el Beneficio de la Póliza no tendrá efecto alguno. Inicia al día siguiente de finalizado el Período de Gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima.

21. Período de Gracia.

Es el plazo otorgado por la COMPAÑÍA, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente.

22. Póliza y/o Contrato.

Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

23. Prima.

Es el valor determinado por la ASEGURADORA, que el CONTRATANTE deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

24. Suma Asegurada.

Es la cantidad máxima por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder el siniestro.

25. Vigencia.

Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.

II. COBERTURAS

1. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL (CMA)

La Compañía pagará a los beneficiarios de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la carátula de la de la misma, si el fallecimiento del asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que se presente a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes, después de ocurrido el Accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un Accidente.

Si el ASEGURADO falleciera como consecuencia de algún Accidente, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al ASEGURADO por el mismo Accidente bajo la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

Esta Cobertura para esta modalidad de producto se establece como mandatoria cuando el asegurado sea mayor o igual a 12 años, cuando el Asegurado sean menor de 12 años esta cobertura no operará; la cobertura será otorgada a los alumnos o al personal docente y de oficina que deseen asegurarse en la póliza respectiva.

2. COBERTURA EDUCACIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza en parcialidades iguales y hasta el agotamiento de esta, a los Beneficiarios designados, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes, después de ocurrido el Accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un Accidente.

La COMPAÑÍA cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de Accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

El número de parcialidades a recibir bajo esta Cobertura estarán especificadas en la carátula de la Póliza.

La Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

Esta Cobertura sólo podrá ser contratada por los padres de los alumnos o tutor, siempre y cuando sean los responsables de cubrir las colegiaturas y se encuentren dentro de los límites de aceptación de la cobertura, siendo esta de carácter opcional.

3. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la COMPAÑÍA pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecidas en el contrato del seguro para esta cobertura.

COBERTURA	ESCALA "A"	ESCALA "B"
Por la pérdida de 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, conjuntamente con 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, comprendiendo todos los dedos	0%	30%
Tres dedos de una mano comprendiendo el pulgar o el índice	0%	30%
Tres dedos de una mano, que no sea el pulgar o el índice	0%	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	0%	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos.	0%	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	0%	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	0%	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	0%	6%
Cualquier dedo del pie	0%	6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz 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: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total 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 de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta Póliza en uno o 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.

Esta Cobertura para esta modalidad de producto se establece como mandatoria cuando el asegurado es menor de 12 años, cuando el Asegurado es mayor o igual a 12 años la cobertura será opcional; la cobertura será otorgada a los alumnos o al personal docente y de oficina que deseen asegurarse en la póliza respectiva.

4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si durante la Vigencia de la Póliza, y como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el ASEGURADO se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete únicamente será hasta lo indicado en el Catalogo de Intervenciones Quirúrgicas. La COMPAÑÍA reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de las mencionadas asistencias, previa comprobación. Esta cobertura estará sujeta a la aplicación del Deducible por evento estipulado en la carátula de la Póliza, este concepto no se aplicará si el ASEGURADO hace uso de las Clínicas u Hospitales que la COMPAÑÍA tiene en convenio.

La cobertura para cada Accidente cubierto, finalizará automáticamente al término de ciento ochenta (180) días desde la fecha del Accidente, o al agotarse la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza.

Esta Cobertura sólo podrá ser contratada por los alumnos, personal docente y de oficina.

5. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la COMPAÑÍA reembolsará a las personas designadas conforme a lo dispuesto en la cláusula correspondiente, previa comprobación, los gastos erogados con motivo de sepelio o incineración, transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el Beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para este Beneficio.

En límite de suma máxima asegurada para menores de 12 doce años, es de 60 SMMVDF. Esta Cobertura sólo podrá ser otorgada a los alumnos, personal docente y de oficina.

III. CLAUSULAS GENERALES

1. CONTRATO

Esta Póliza, la solicitud, el registro de asegurados, los certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA.

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 (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al CONTRATANTE.

2. DE LOS DOCUMENTOS Y LAS DECLARACIONES

La Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, y se harán constar mediante Endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes de seguro o cualquier 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 (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo para el CONTRATANTE.

3. ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

- a) Los endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
- b) La carátula de la Póliza
- c) Las condiciones generales
- d) La solicitud del seguro
- e) Los certificados individuales
- f) El registro de asegurados
- g) Los consentimientos
- h) Los comunicados

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia, de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

4. NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

El CONTRATANTE y los ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (Artículos 8 y 47 de la Ley). La COMPAÑÍA comunicará en forma

auténtica al CONTRATANTE y/o ASEGURADOS la rescisión de la Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la COMPAÑÍA conozca la omisión o inexacta declaración.

Dicha cláusula, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo o colectividad.

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE de la Póliza no sea la persona cuya vida se asegura, en el caso de menores de edad, el consentimiento deberá estar firmado por el padre o tutor. El consentimiento del tercero ASEGURADO deberá también constar por escrito para toda designación o cambio de Beneficiario, así como para la transmisión del Beneficio de la Póliza, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la COMPAÑÍA.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, en las disposiciones contenidas en la Ley.

5. VIGENCIA

Este Contrato de Seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre la Fecha de Inicio de Vigencia y la Fecha de Término de Vigencia, estipuladas en la Carátula de Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las Primas establecidas en este Contrato.

6. MODIFICACIONES

Las condiciones Generales de la Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas previamente registradas por la C.N.S.F.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la COMPAÑÍA, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier índole.

7. NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones y comunicaciones a la COMPAÑÍA deberán hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social señalado en la carátula de esta póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir notificaciones o comunicaciones a nombre de la COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de esta Póliza.

8. REGISTRO DE ASEGURADOS

La COMPAÑÍA elaborará, un registro de los miembros de la Colectividad Asegurada en los términos de esta Póliza, que deberá ser entregado al CONTRATANTE; dicho registro contendrá los siguientes datos:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad;
- II. Suma Asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguro de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

9. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La COMPAÑÍA expedirá y entregará un Certificado para cada uno de los Integrantes de la Colectividad ASEGURADA. La COMPAÑÍA, previo convenio con el CONTRATANTE, podrá dar cumplimiento con esta obligación de la siguiente forma:

- I. Proporcionando al CONTRATANTE los Certificados para su entrega a los Asegurados, o
- II. Estableciendo la obligación del CONTRATANTE de hacer del conocimiento de los Asegurados la siguiente información:
 - a) Nombre, teléfono y domicilio de la COMPAÑÍA;
 - b) Firma del funcionario autorizado de la COMPAÑÍA;

- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del CONTRATANTE;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del ASEGURADO;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir el inciso I del artículo 19 del Reglamento.

En todos los casos, el ASEGURADO podrá solicitar a la COMPAÑÍA el Certificado correspondiente.

10. EDAD

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el ASEGURADO, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la Póliza y las subsecuentes renovaciones.

La edad del ASEGURADO al momento de la contratación deberá estar entre uno (1) y sesenta y nueve (69) años. Siendo posibles las renovaciones hasta la edad de setenta y nueve (79) año, este último caso para la Cobertura Educativa por Muerte Accidental.

11. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El CONTRATANTE tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta Póliza:

- a) Comunicar a la COMPAÑÍA los ingresos a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta (30) días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del ASEGURADO, ocupación en el caso de los mayores de edad, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla, la designación de Beneficiarios y la indicación si ésta se hace de forma

- irrevocable. Además, deberá pagar la prima que corresponda, de acuerdo al ajuste de prima definido.
- b) Comunicar a la COMPAÑÍA de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a cada separación.
 - c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de treinta (30) días después del cambio y, las nuevas sumas aseguradas entrarán en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
 - d) Enviar a la COMPAÑÍA los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar las sumas aseguradas.

A. ALTAS DE ASEGURADOS

Los miembros que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la emisión de la Póliza y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta (30) días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, siempre que reúnan los requisitos siguientes:

- a) Que de las declaraciones contenidas en el consentimiento individual resulte que el solicitante se encuentra en servicio activo, desempeñando su trabajo habitual en su horario normal, y que no lo ha interrumpido a causa de Accidente o enfermedad durante los seis meses anteriores a su solicitud.
- b) Que la Suma Asegurada no sea superior a la que se establece en la carátula de esta Póliza.

La COMPAÑÍA podrá exigir un examen médico a los miembros de la Colectividad Asegurada que den su consentimiento después de treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad Asegurada. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la COMPAÑÍA.

B. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la COMPAÑÍA restituirá al CONTRATANTE la parte de la prima no devengada.

12. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La COMPAÑÍA cubrirá los Accidentes que afecten al ASEGURADO como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en la cláusula precedente, cuando éstos hayan sido declarados por el ASEGURADO y aceptados por la COMPAÑÍA con el pago de la extra prima respectiva, dejándose constancia en el Endoso correspondiente.

13. DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el CONTRATANTE podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el CONTRATANTE, en el domicilio de la COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del CONTRATANTE.

14. PRIMAS

a) IMPORTE TOTAL

La prima total de la Colectividad será igual a la suma de las primas de cada uno de los ASEGURADOS, de acuerdo con las condiciones

contratadas en esta póliza en la fecha de inicio de cada período de seguro.

b) PERIODICIDAD

La prima será establecida de acuerdo con el periodo escolar señalado en el contrato de este seguro y ésta será liquidada de contado.

c) PAGO

La prima vencerá al inicio de cada período pactado. El CONTRATANTE dispondrá de un período de gracia de 30 días naturales a partir de su vencimiento para liquidar el total de la prima, durante los cuales el seguro continuará en vigor. Transcurrido ese plazo, si el pago no ha sido efectuado, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

Si dentro del plazo mencionado en el párrafo anterior ocurre un siniestro, la COMPAÑÍA podrá deducir del importe del seguro, la prima total de la colectividad correspondiente a los treinta días de espera. La obligación del pago de primas será del CONTRATANTE.

d) LUGAR DE PAGO

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

e) TARIFA VIGENTE

Para todos los cálculos señalados en el presente contrato se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato o de su última renovación.

15. MONEDA

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

16. PERÍODO DE GRACIA

Si no hubiese sido pagada la prima, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo.

Durante el Período de Gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si un ASEGURADO sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta Póliza, la COMPAÑÍA deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

17. REHABILITACIÓN

El CONTRATANTE podrá solicitar la rehabilitación de la Póliza, si ésta hubiera cesado en sus efectos por falta de pago oportuno. Para solicitar la rehabilitación, el CONTRATANTE deberá ofrecer evidencias de asegurabilidad que sean satisfactorias a juicio de la COMPAÑÍA, siendo a cargo del CONTRATANTE los gastos que pudiera originar esta comprobación. Además, el CONTRATANTE deberá pagar la prima correspondiente para que pueda proceder la rehabilitación.

La Póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que la COMPAÑÍA haya aprobado la solicitud de rehabilitación. La COMPAÑÍA sólo responderá por los siniestros a consecuencia de Accidentes producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación, por lo tanto, no quedarán cubiertos aquellos Accidentes cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado en el período que la Póliza no estuvo en vigor.

18. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para efectos de las coberturas relativas a pérdidas orgánicas y reembolso de gastos médicos por accidente, se tendrá como Beneficiario de esta Póliza al propio ASEGURADO. En caso de fallecimiento de éste, se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente cláusula.

El ASEGURADO tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio del seguro de accidentes personales pagadero al fallecimiento del ASEGURADO. El ASEGURADO podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este Derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el ASEGURADO haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la COMPAÑÍA. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible (Artículo 176 de la Ley).

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios debe hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a la COMPAÑÍA, para la anotación correspondiente en el certificado respectivo. Una vez hecha la anotación, el certificado será devuelto al ASEGURADO por conducto del CONTRATANTE.

Cualquier designación o cambio de Beneficiario hecho conforme a lo señalado en el párrafo anterior, será válido aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del fallecimiento del ASEGURADO; sin embargo, la COMPAÑÍA quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el Beneficio se distribuirá en partes iguales.

Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al ASEGURADO en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión (Artículo 184 de la Ley).

La COMPAÑÍA en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del ASEGURADO, o cuando resulte responsable de cualquier acto que atente contra la vida de este último. Si la muerte del ASEGURADO es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del ASEGURADO tendrán derecho a la reserva matemática (Artículo 196 de la Ley).

El CONTRATANTE no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios ni podrá, en ningún caso, 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.

19. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella en la que el período de gracia concedido, según lo establece la cláusula correspondiente, termina sin que el CONTRATANTE regularice su situación deudora.
- b) Aquella en que la COMPAÑÍA dé por rescindido de pleno derecho la Póliza, por cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el apartado correspondiente a las normas para la contratación de la Póliza, aunque dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del siniestro.

20. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

comprobación del Accidente, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Se perderá todo derecho al Beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

21. PAGO DE 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 propio derecho o a solicitud del CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado respectivo.

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

22. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El CONTRATANTE deberá comunicar a la COMPAÑÍA cuando se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del ASEGURADO que agrave el riesgo asumido por la COMPAÑÍA al momento de emitir la Póliza. Dicha comunicación deberá realizarse por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el párrafo anterior, la COMPAÑÍA deberá informar al CONTRATANTE la revocación de la Póliza o la propuesta de reajuste de prima correspondiente, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la comunicación. En caso de que ocurriera el siniestro durante este lapso, la COMPAÑÍA pagará la indemnización total prevista en esta Póliza.

En caso de que no se hubiera realizado la notificación por escrito a la COMPAÑÍA y ocurriera el siniestro cubierto por esta Póliza, después de que el ASEGURADO cambiara de una ocupación a otra, clasificada por la COMPAÑÍA como más riesgosa que la declarada al contratar la Póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad

correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la COMPAÑÍA pagará únicamente el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta Póliza, que la prima pagada hubiera cubierto dentro de los límites fijados para dicha ocupación más riesgosa.

Si el ASEGURADO cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta Póliza, la COMPAÑÍA luego de recibir la prueba de dicho cambio, podrá otorgar la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, devolviendo el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

23. RENOVACIÓN

La Póliza será emitida con Vigencia acorde con el periodo escolar seleccionado; transcurrido este período, la COMPAÑÍA procederá en cada periodo elegido a renovar la Póliza en común acuerdo entre ambas partes, hasta el nuevo periodo escolar elegido. En cada renovación se aplicará la tarifa que se encuentre en vigor.

24. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en DOS años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, 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 peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

25. INDEMNIZACIÓN POR MORA

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, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente 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 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.

26. CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base esta Póliza, deberá notificarse fehacientemente por escrito a la COMPAÑÍA, la que lo hará constar en la misma Póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el CONTRATANTE con terceros no tendrán ningún valor para la COMPAÑÍA.

27. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en la delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del ASEGURADO o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y

Reclamaciones de la COMPAÑÍA, en los términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y dentro del término de dos contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien

ésta propongá, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la COMPAÑÍA. Siendo elección del reclamante acudir ante las instancias mencionadas anteriormente o directamente ante Juez competente.

28. DERECHO DE LOS CONTRATANTES

Durante la vigencia de la póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, correspondan al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La COMPAÑÍA 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.

29. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del CONTRATANTE, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la COMPAÑÍA.

IV. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre el fallecimiento o lesiones del ASEGURADO, que se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

- a) Guerra declarada o no, civil o internacional. Asimismo, la prestación de servicios del ASEGURADO en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo.**
- b) Participación en acto delictuoso, empresa criminal, terrorismo, guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga o tumulto popular, siempre y cuando el ASEGURADO participe directamente con la intención de realizar dichos actos.**

- c) Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- d) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades que pongan en peligro su vida e integridad física, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar la presente Póliza, o durante su vigencia.**
- e) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia.**
- f) La participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: Que este viajando como pasajero en un avión comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.**
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos y similares que causen la muerte del ASEGURADO y/o pérdidas orgánicas.**
- i) Riesgos nucleares o atómicos.**
- j) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.**

- k) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza física.**
- l) Consecuencia de enfermedades mentales y/o nerviosas.**
- m) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.**
- n) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el Accidente, el ASEGURADO tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, Sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
- o) Anomalías congénitas o trastornos que sobrevengan por tales anomalías o relacionadas con ellas.**
- p) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente.**
- q) Todo tipo de infecciones, a excepción de aquellas que sean consecuencia directa de un Accidente.**
- r) Todo tipo de hernias y sus consecuencias, sin importar su causa.**
- s) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades cubiertas por esta Póliza.**
- t) Padecimientos Preexistentes a la fecha de la alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.**
- u) Exámenes médicos de rutina.**

- v) Cirugías plásticas estéticas, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran como consecuencia de un Accidente.
- w) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad.
- x) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.
- y) Pie diabético.
- z) De conformidad con el Artículo 78 de la Ley también quedan excluidos los Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO.

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 16 de diciembre de 2010, con el número CNSF-S0008-0552-2010.

RECAS: 001468-01