



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES



**GENERAL
DE SEGUROS**
AHORA ES TODO





SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES



**GENERAL
DE SEGUROS**
A H O R A E S T O D O



ÍNDICE

I. DEFINICIONES	5
II. DESCRIPCION DE SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL (COBERTURA BASICA) ..	8
III. CLAUSULAS GENERALES.....	9
1. CONTRATO.....	9
2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.....	9
3. OBJETO DEL SEGURO	9
4. LUGAR DE RESIDENCIA.....	9
5. OCUPACIÓN	10
6. CAMBIO DE CONTRATANTE	10
7. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	10
8. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	11
9. INGRESO DE ASEGURADOS	12
10. BAJA DE ASEGURADOS.....	12
11. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.....	12
12. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA.....	13
13. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO	13
14. CANCELACIÓN.....	14
15. CERTIFICADOS INDIVIDUALES	15
16. NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.....	16
17. BENEFICIARIOS.....	16
18. EDAD	17
19. MONEDA.....	18
20. COMPETENCIA	18
21. MODIFICACIONES	18
22. PAGO DE INDEMNIZACIONES	18
23. OTROS SEGUROS.....	19
24. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES	19
25. RENOVACIÓN.....	19
26. PRESCRIPCIÓN	19
27. INTERÉS MORATORIO	20

28. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES	22
29. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACION RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS	22
30. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF	23
31. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	23
32. PRECEPTOS LEGALES	23
33. MEDIO CIERTO DE ENTREGA	23
IV. VIGENCIA.....	23
1. VIGENCIA DEL CONTRATO	23
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	24
ACCIDENTE	24
PAGO DE INDEMNIZACIONES	25
OTROS SEGUROS	25
EXCLUSIONES	26
TERMINACION	27
COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS	28
ACCIDENTE	28
PAGO DE INDEMNIZACIONES	29
EXCLUSIONES	30
TERMINACION	31



I. DEFINICIONES

Para los efectos del presente Contrato, las partes convienen en adoptar las siguientes definiciones:

1.1 ASEGURADO

Cada una de las personas que integran la colectividad asegurada.

1.2 CERTIFICADO

La Compañía expide un certificado por cada integrante de la colectividad asegurada que describe las condiciones en las que ha quedado asegurado en la póliza.

1.3 CONSENTIMIENTO

Documento en el que los integrantes de la colectividad asegurable dan su autorización para quedar asegurados y designan a sus beneficiarios.

1.4 CONTRATANTE

Es la persona física o moral que celebra el contrato de Seguro Colectivo con una Aseguradora; ésta persona representa legalmente a la colectividad asegurable, cuenta con las facultades para ello y asume las obligaciones administrativas que se derivan de él.

1.5 COLECTIVIDAD ASEGURABLE

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

La Colectividad Asegurable estará determinada por aquellas colectividades que cumplan con las siguientes características:

- El número mínimo de personas es de diez miembros para formar una colectividad.
- Deberá estar constituido por lo menos del 50% de los miembros de la colectividad.

1.6 COLECTIVIDAD ASEGURADA

Se entiende por "COLECTIVIDAD ASEGURADA" el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Compañía por conducto del Contratante, su correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por La Compañía. No formará parte de la Colectividad Asegurada la persona que se encuentre en un proceso o estado de invalidez temporal o parcial al momento de su inclusión a la póliza.

1.7 LA COMPAÑÍA

General de Seguros, S.A.

1.8 SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que está obligada a pagar La Compañía, en caso de indemnización de alguna cobertura amparada con motivo de un siniestro cubierto, misma que aparece expresada en el certificado.

1.9 BENEFICIARIO

Para los efectos de esta póliza, se entiende por "BENEFICIARIO" la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en el consentimiento requisitado para la celebración de este contrato, o los que en su caso, designe posteriormente.

1.10 OCUPACIÓN

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

1.11 DEDUCIBLE

Cantidad fija a cargo del Asegurado que le corresponde pagar por cada accidente que

reclame a General de Seguros, S.A.; este aparecerá especificado en la carátula de la póliza.

1.12 GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (G.U.A.)

Se entenderá como gasto usual y acostumbrado, a los gastos regulares y acostumbrados para un área en particular que usualmente acostumbra cobrar el establecimiento o lugar en donde se reciben o proporcionan los servicios médicos correspondientes.

1.13 MÉDICO

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para su actividad.

1.14 HOSPITAL O SANATORIO

Establecimiento con servicio las 24 horas del día, para el tratamiento de pacientes, con salas de intervenciones quirúrgicas, médicos y enfermeras titulados, que esté legalmente establecido.

1.15 ACCIDENTE

Acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que produzca al asegurado lesiones corporales o la muerte.

1.16 ENDOSO

Documento que, previo acuerdo entre las partes, forma parte del contrato, modificando o adicionando las condiciones del contrato de seguro.



Registros del producto

CNSF-S0009-0267-2010

CGEN-S0009-0067-2015

RESP- S0009-0167-2016/CONDUSEF-002100-02

RESP-S0009-0015-2018

II. DESCRIPCION DE SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL (COBERTURA BASICA).

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, cuya edad sea de 12 años o más, durante el periodo de vigencia de esta póliza, y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente sobreviniese su muerte, La Compañía pagará a los beneficiarios designados, o en su caso a la sucesión legal del Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura. Cuando los Asegurados sean menores de 12 años de edad, La Compañía pagará a los beneficiarios designados, o en su caso a la sucesión legal del Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura como beneficio de últimos gastos (gastos funerarios), con un máximo de 60 salarios mínimos generales mensuales vigentes en la Ciudad de México.

Una vez que fallece el asegurado, se dará por terminado este contrato.

EXCLUSIONES.

No es objeto de la presente póliza las muertes originadas por lo siguiente:

- A. Enfermedad corporal o mental.**
- B. Infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.**
- C. Tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.**
- D. Accidentes derivados del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- E. Accidentes derivados de riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado o sus beneficiarios y éste sea sujeto activo.**
- F. Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado como sujeto activo o pasivo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- G. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que es accidental.**
- H. Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.**
- I. El uso de taxis aéreos o aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**



- J. Ser piloto o mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- K. Ser ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- L. El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- M. Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.**

III. CLAUSULAS GENERALES.

1. CONTRATO

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos y certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen a través de los endosos, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y LA COMPAÑÍA, el cual, sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del Contratante, y un endoso autorizado por LA COMPAÑÍA.

2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 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 30 (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. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía pagará al beneficiario designado por el Asegurado la suma asegurada estipulada en el certificado la cobertura por Muerte Accidental, o en su caso al propio Asegurado por los beneficios adicionales contratados, después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa que dio origen a la realización de la eventualidad cubierta, siempre que el certificado se encuentre en vigor al momento de la realización del siniestro.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de La Compañía, sus

clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto a la suscripción del producto.

4. LUGAR DE RESIDENCIA

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

5. OCUPACIÓN

El Contratante, inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados, deberá avisarlo por escrito a la Compañía para que ésta proceda a los ajustes y modificaciones correspondientes. El aviso lo deberá realizar el contratante en un plazo no mayor a tres días hábiles contados a partir de la fecha en que tenga lugar el cambio de ocupación.

Si dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado cambia su ocupación a otra clasificación en la tarifa aprobada y posteriormente al cambio de ocupación, sufre lesiones mientras esté ejecutando algún acto propio de tal ocupación, La Compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la póliza, que se hubiere podido comprar con la prima que se pagó y dentro de los límites fijados para la ocupación más peligrosa.

Si el asegurado cambia su ocupación a otra clasificada en la tarifa aprobada como no asegurable, el seguro quedará rescindido de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su 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.

6. CAMBIO DE CONTRATANTE

Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante La Compañía podrá:

Rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del "Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

7. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El contratante tendrá las siguientes obligaciones:



- I. Remitir información periódica respecto de lo siguiente:
 - a. El ingreso a la Colectividad de integrantes nuevos dentro de los 30 días naturales siguientes, incluyendo los consentimientos respectivos, así como la información señalada en la fracción VII del artículo 10 del “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” (Cuando el objeto del contrato de Seguro Colectivo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud).
 - b. La separación definitiva de Integrantes de la Colectividad asegurada.
 - c. Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
 - d. Los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.
- II. Entregar a cada uno de los Asegurados los Certificados que La Compañía expedirá y enviará al mismo Contratante.
- III. Comunicar a 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 del texto de las cláusulas no. 9 y 10.- (INGRESO DE ASEGURADOS Y BAJA DE ASEGURADOS).
 - j. En el caso de los seguros de Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir la cláusula no. 11 de estas condiciones generales. (DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL).
- IV. Las demás que se deriven del presente contrato y la normatividad aplicable.

8. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará un registro de asegurados en cada Seguro Colectivo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
- b. Suma asegurada o regla para determinarla;
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d. Operación y plan de seguros de que se trate;
- e. Número de Certificado individual, y
- f. Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, La Compañía deberá entregarle copia de este registro.

9. INGRESO DE ASEGURADOS

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

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

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

10. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

11. DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL

En el Seguro Colectivo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:



La Compañía podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva de la misma, señalando sus características.

12. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA

La prima total de la Colectividad así como las primas que correspondan a cada Integrante del mismo se obtendrán de acuerdo a lo establecido en la nota técnica respectiva y el Contratante será el responsable de realizar el pago.

En cada fecha de vencimiento del contrato, La Compañía podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

El cálculo de la prima de tarifa correspondiente a los nuevos Integrantes de la Colectividad, así como la de aquellos que dejen de formar parte de los mismos de manera definitiva, se sujetará a las normas técnicas y operativas establecidas por La Compañía.

13. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO

La prima total de esta póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza y en su caso, la tasa de financiamiento por el pago de la prima fraccionada en parcialidades. Anualmente se cobrará adicionalmente a la prima del seguro, un recargo fijo por concepto de administración, mismo que se establece en la Nota técnica correspondiente registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Asegurado deberá pagar la prima anual al momento de inicio de vigencia de las coberturas y durante el plazo de pago estipulado en la carátula, salvo que este contrato se dé por terminado antes de cumplirse este plazo.

Los pagos deben de hacerse en las oficinas de la Compañía como se señala en la carátula de la póliza a cambio de un recibo expedido por la misma.

ARTÍCULO 34, 35, 36, 37 Y 38 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

ARTÍCULO 34

La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

ARTÍCULO 35

La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

ARTÍCULO 36

Las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

ARTÍCULO 37

La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

ARTÍCULO 38

En caso de que se convenga el pago de la prima en forma fraccionada, cada uno de los períodos deberá ser de igual duración.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. (Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros). Si el Asegurado opta por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas excepto la primera, vencerá al comienzo del período que corresponda, si el pago no se ha realizado los efectos del contrato cesarán automáticamente.

En caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

El contratante podrá elegir que la forma de pago sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, de débito o mediante descuento por nómina, para lo cual el asegurado deberá dar su consentimiento para el cargo correspondiente a través del Formato de Cargo a Tarjeta. En el caso del Descuento por Nómina, el asegurado hará del conocimiento al empleador su autorización para que se realice el descuento de la prima del seguro a través del Formato Descuento por Nómina.

La efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía, si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria o Empresa no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Asegurado podrá cubrir directamente en las oficinas de la Compañía el importe de las primas correspondientes.

El estado de cuenta o recibo de nómina en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto la Compañía no emita el recibo correspondiente.

14. CANCELACIÓN

Este Contrato será cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en el comprobante de pago.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, la Compañía devolverá el 60% de la prima de tarifa (prima cobrada sin incluir derechos de póliza ni impuestos) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.



En caso de que el Asegurado incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, la Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima no devengada correspondiente.

Que señalan:

ARTÍCULO 47

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

ARTÍCULO 80

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, 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.

ARTÍCULO 90

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

15. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

LA COMPAÑÍA expedirá un Certificado para cada uno de los Integrantes de la Colectividad asegurada y deberá contener 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;

LA COMPAÑÍA para dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados se los proporcionará al Contratante.

Es obligación del Contratante entregar los Certificados a los asegurados o hacer de su conocimiento la información contenida en los mismos, quien para dar cumplimiento a tal obligación, entregará el documento anterior con acuse de recibo a cada asegurado.

El asegurado podrá solicitar a LA COMPAÑÍA el Certificado correspondiente.

16. NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES

Cualquier declaración o comunicación relacionada con este contrato deberá presentarse a la Compañía por escrito al domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las comunicaciones al Asegurado o Contratante se tendrán por válidamente hechas mediante entrega en forma personal, o en su domicilio señalado en la carátula de la póliza, o por correo certificado con acuse de recibo.

17. BENEFICIARIOS

Cada miembro del grupo debe y es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual. Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo puede cambiar el beneficiario o los beneficiarios designados, mediante solicitud por escrito, que juntamente con el certificado respectivo deberá remitir a la Compañía para la anotación correspondiente, tanto en el certificado como en el registro anexo a la póliza, y una vez hecha la anotación, el certificado será devuelto al asegurado por conducto del Contratante.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar. Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

La misma regla se observará, salvo estipulaciones en contrario, en caso de que el Beneficiario y Asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte que fallezca antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa. El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio a la indemnización derivada del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

ADVERTENCIA: El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no 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 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 solo 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. EDAD

Para los efectos de este contrato se considera como edad del Asegurado, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del seguro. La edad máxima de admisión de la cobertura será la estipulada en la carátula de la póliza.

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

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, esto será motivo de rescisión automática del Contrato de Seguro, reduciéndose la obligación de la Compañía a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.

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

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a

la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y

- d. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

19. MONEDA

El pago de la prima y de la indemnización a que haya lugar con motivo de esta póliza y, en su caso, de los certificados individuales, será liquidable en los términos de la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago. El seguro será en moneda nacional.

20. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de General de Seguros S.A., o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o conforme a la cláusula de arbitraje de las condiciones generales de la póliza. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha Alcaldía; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

21. MODIFICACIONES

Las condiciones de esta póliza sólo se pueden modificar previo acuerdo del Contratante y de la Compañía, que deberá constar por escrito mediante un endoso que formará parte integral de la póliza. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

22. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Al momento de la reclamación del pago de la indemnización por la muerte accidental del Asegurado, los beneficiarios deberán presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que la Compañía considere necesarios para el análisis de la misma:

- a. Del Asegurado fallecido:
 - Acta de defunción
 - Acta de nacimiento
 - Identificación oficial
 - Acta del ministerio público.

**b. Del Beneficiario:**

- Identificación oficial
- Acta de nacimiento
- Acta de matrimonio (solo si el beneficiario es el cónyuge)

La Compañía pagará el seguro, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

23. OTROS SEGUROS

Si las coberturas otorgadas en la póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras compañías aseguradoras que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos. Esta limitación no se aplica a las coberturas de muerte accidental y pérdidas orgánicas.

24. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

No se otorgan Dividendos.

25. RENOVACIÓN

Se podrá renovar este seguro por periodos iguales, mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos previstos en el “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y de Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” en la fecha de vencimiento del contrato. Lo anterior sin necesidad de nuevas pruebas de asegurabilidad siempre que la edad de los asegurados en la fecha de aniversario respectivo no exceda de la edad máxima de aceptación establecida en la carátula de la póliza y hasta la suma asegurada alcanzada, lo anterior en cumplimiento a la fracción II de la disposición 4.5.4 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica en vigor respectiva.

26. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán (**ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**):

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento;
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

ARTÍCULO 82 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

27. 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, que a la letra dice:

ARTÍCULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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 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 (mil) a 15000 (quince mil) 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.

28. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Seguros, S.A. en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de La Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldeseguros.mx

29. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACION RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS

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 Comisiones o Compensaciones Directas, corresponda a los Agentes y demás personas físicas o morales que hayan intervenido 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.



30. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF

Localización de Unidad especializada de Atención a Usuarios e Información de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su Seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Seguros, S.A. a los teléfonos 55 5278 8883, 55 5278 8806 y del Interior de la República marque 800 2254 339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, y/o al correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx,

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55 5340 0999 y 800 9998 080 y/o visite la página web

31. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Compañía únicamente proporcionará información de la póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con la Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado, Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a la Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

32. PRECEPTOS LEGALES

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, puede consultarlos en la página web www.generaldeseguros.mx.

33. MEDIO CIERTO DE ENTREGA

En caso de que el contratante de este seguro desee la consulta o impresión de la documentación contractual del mismo, o bien, conocer los procedimientos para cancelar la póliza o para presentar reclamaciones en caso de siniestro, General de Seguros establece como medio cierto para tales efectos, sus oficinas físicas. Para ello, le sugerimos consultar en www.generaldeseguros.mx, en la sección “Sucursales y Oficinas”, el domicilio y ubicación de la sucursal más cercana a usted, en la cual con gusto le atenderemos.

IV. VIGENCIA

1. VIGENCIA DEL CONTRATO

Inicio: A las 12:00 horas de la fecha de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.
Terminación del Contrato: Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 horas de la fecha correspondiente:

- a. Al cumplir la vigencia que aparece en la carátula de la póliza.

- b. Ante la falta de pago de la prima, la vigencia del contrato finalizará el día en que se hayan devengado por completo dichas primas, en cuyo caso, la Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del contrato. El contrato podrá ser rehabilitado si el Contratante lo solicita por escrito y la Compañía lo acepta, en este caso la Compañía podrá comprobar a satisfacción propia que los Asegurados reúnen las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud de la rehabilitación, además, el Contratante deberá cubrir el importe de las primas vencidas.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros 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 30 de abril de 2010, con el número CNSF-S0009-0267-2010/CONDUSEF-002100-02, del día 30 de marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0067-2015, a partir del día 17 de junio de 2016 con el número RESP-S0009-0167-2016 y a partir del día 19 de septiembre de 2018 con el número RESP-S0009-0015-2018.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

ACCIDENTE

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria. Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los 10 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 las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa 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 del accidente, serán cubiertos por la Compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima contratada en esta Sección. Los gastos de ambulancia o traslado del asegurado se reembolsarán hasta un máximo del 5% de la suma asegurada contratada para esta Sección.

Las cantidades que se reembolsan por estos dos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta Sección.

Cuando el servicio médico y/o hospitalario sea proporcionado por la red contratada por General de Seguros, S.A. podrá operar el sistema de Pago Directo.



El Reembolso de Horarios Médicos y/o Quirúrgicos se ajustará al Gasto Usual y Acostumbrado (G.U.A.).

Los gastos cubiertos por accidente se reembolsarán por un periodo máximo de 365 días, contados a partir de la fecha del accidente, y sin que en ningún caso excedan de la suma contratada.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

Al momento de la reclamación del pago de la indemnización por esta cobertura, el asegurado deberá presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que la Compañía considere necesarios para el análisis de la misma:

- Aviso de Accidente
- Informe del médico tratante.
- Facturas a nombre de la persona que cubrió el reembolso de gasto médico
- Copia de Identificación de la persona a la que se efectúe el pago de la indemnización

La Compañía pagará el seguro, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

El límite establecido en la póliza para el pago de este beneficio, se aplicará por cada accidente siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí.

En toda reclamación deberá comprobarse a la compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales legalizados de los gastos efectuados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante.

La Compañía podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección u hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos.

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales legalmente autorizados.

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

OTROS SEGUROS

Si la cobertura otorgada en la póliza estuviera amparada en todo o en parte por otros

seguros, en ésta u otras compañías aseguradoras que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos.

EXCLUSIONES

No es objeto de la presente póliza los accidentes originados por lo siguiente:

- A. Enfermedad corporal o mental.**
- B. Infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.**
- C. Tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.**
- D. Accidentes derivados del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- E. Accidentes derivados de riña y actos delictivos en que participe directamente el Asegurado o sus beneficiarios y éste sea sujeto activo.**
- F. Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado como sujeto activo o pasivo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- G. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que es accidental.**
- H. Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.**
- I. El uso de taxis aéreos o aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
- J. Ser piloto o mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- K. Ser ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**



- L. El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- M. Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.**
- N. Hernias y eventraciones (Salvo que sean accidentales).**
- O. Abortos cualquiera que sea su causa.**

TERMINACION

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a.** Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b.** La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado”.
- c.** En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el “Asegurado” haya cumplido la edad de 70 años.
- d.** Al otorgar “La Compañía” el pago de este beneficio.
- e.** La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

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 30 de abril de 2010 con el número CNSF-S0009-0267-2010, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0067-2015, y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP- S0009-0167-2016/CONDUSEF-002100-01.

COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS (OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO)

ACCIDENTE

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que cause lesiones corporales en la persona del "Asegurado". Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el "Asegurado".

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado 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 establecida en la carátula de la Póliza.

PÉRDIDA DE:	PORCENTAJE
a. Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
b. Una mano y un pie	100%
c. Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
d. Una mano	50%
e. Tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
f. Tres dedos que sean el pulgar o el índice de una mano	25%
g. El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
h. El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
i. El pulgar de cualquier mano	15%
j. El índice de cualquier mano	10%
k. El dedo medio, el anular o el meñique	5%
l. Un pie	50%



m. La vista de un ojo	30%
n. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
o. La audición total de los dos oídos	25%
p. Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cms.	15%

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación del puño o arriba de ella o su anquilosamiento; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él o su anquilosamiento; por pérdida de un índice o de un pulgar, su separación de dos falanges completas en cada dedo o su anquilosamiento; por pérdida de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Se entenderá por pérdida de las manos o de los pies, la mutilación o anquilosis total de estos órganos; se entenderá por pérdida de los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista; se entenderá por pérdida de los dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma.

Cuando sean varias las pérdidas orgánicas en uno o varios accidentes, la suma de las indemnizaciones realizadas por este beneficio, en ningún caso será superior a la suma asegurada contratada para el mismo.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

Al momento de la reclamación del pago de la indemnización por esta cobertura, el asegurado deberá presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que la Compañía considere necesarios para el análisis de la misma:

- Aviso de Accidente
- Informe del médico tratante.
- Copia del expediente clínico de la pérdida orgánica
- Radiografía
- Últimos estudios realizados
- Copia de Identificación del asegurado o de la persona a la que se efectúe el pago de la indemnización

La Compañía pagará el seguro, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

EXCLUSIONES

No es objeto de la presente póliza los accidentes originados por lo siguiente:

- A. Enfermedad corporal o mental.**
- B. Infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.**
- C. Tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.**
- D. Accidentes derivados del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución.**
- E. Accidentes derivados de riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado o sus beneficiarios y éste sea sujeto activo.**
- F. Homicidio cuando se derive de la participación directa del asegurado como sujeto activo o pasivo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- G. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que es accidental.**
- H. Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.**
- I. El uso de taxis aéreos o aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
- J. Ser piloto o mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- K. Ser ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- L. El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- M. Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas, enervantes o**



alucinógenos, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.

TERMINACION

La vigencia de este beneficio adicional por accidente terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Concluir la vigencia de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b. La cancelación de este beneficio a solicitud del "Asegurado".
- c. En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el "Asegurado" haya cumplido la edad de 70 años.
- d. Al otorgar "La Compañía" el pago de este beneficio.
- e. La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros 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 30 de abril de 2010, con el número CNSF-S0009-0267-2010/CONDUSEF-002100-02, del día 30 de marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0067-2015, a partir del día 17 de junio de 2016 con el número RESP-S0009-0167-2016 y a partir del día 19 de septiembre de 2018 con el número RESP-S0009-0015-2018.

n-03-CAPE

Oficina Matriz

Patriotismo 266

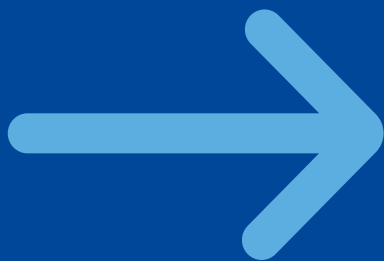
San Pedro de los Pinos

03800 | CDMX

Tel. 55 5270 8000

Buzón electrónico

atencionclientes@gseguros.com.mx



N-03-CAPE

