



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES



**GENERAL
DE SEGUROS**
AHORA ES TODO





SEGURO DE ACCIDENTES

PERSONALES INDIVIDUAL

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	6
III. CONDICIONES GENERALES.....	7
1. CONTRATO	7
2. OBJETO DEL SEGURO	7
3. CLÁUSULA NO DISCRIMINACIÓN	7
4. LUGAR DE RESIDENCIA.....	8
5. OCUPACIÓN.....	8
6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	8
7. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO	9
8. MODIFICACIONES AL CONTRATO	9
9. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA. (ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)	9
10. AGRAVACIÓN DEL RIESGO (ARTÍCULO 52 Y 55 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)	9
11. PRIMAS	10
12. CANCELACIÓN	11
13. BENEFICIARIOS	11
14. EDAD	12
15. RENOVACIÓN	13
16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	14
17. OTROS SEGUROS	15
18. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	15
19. MONEDA	15
20. COMPETENCIA.....	15
21. INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	15
22. FACULTAD DEL CONTRATANTE PARA SOLICITAR INFORMACION RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS.	18
23. PRESCRIPCIÓN.....	18
24. INFORMACIÓN PARA OPERACIONES	18
25. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	18
26. PRECEPTOS LEGALES.....	19

27. LOCALIZACIÓN DE UNE Y CONDUSEF	19
28. ENTREGA DE PÓLIZA	19
29. MEDIO CIERTO DE ENTREGA.....	20
IV. VIGENCIA.....	21
V. CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	21
COBERTURA ADICIONAL DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS	23
ACCIDENTE.....	23
PAGO DE INDEMNIZACIONES	25
EXCLUSIONES	25
TERMINACION	26
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	27
ACCIDENTE.....	27
PAGO DE INDEMNIZACIONES	27
EXCLUSIONES	28
TERMINACIÓN	29
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD	30
INDEMNIZACIÓN DIARIA.....	30
INCAPACIDAD TOTAL	30
INCAPACIDAD PARCIAL	30



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 CONTRATANTE

Es la persona física o moral cuyo contrato de seguro ha sido aceptado por General de Seguros, S.A., en los términos consignados en la póliza y con base en los datos e informes proporcionados por aquella conjuntamente con el asegurado, teniendo a su cargo la obligación del pago de las primas correspondientes.

1.3 LA COMPAÑÍA

General de Seguros, S.A.

1.4 SUMA ASEGURADA

Es la cantidad contratada, la cual se obliga a pagar La Compañía y aparece expresa en la póliza de seguro contratada.

1.5 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.

1.6 OCUPACIÓN

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

1.7 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.

1.8 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.

1.9 MÉDICO

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

1.10 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.

1.11 ACCIDENTE

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

1.12 ENDOSO

Documento legal mediante el cual se modifican las condiciones generales de la póliza emitidas inicialmente.

NÚMERO DE RECAS CONDUSEF-003828-02

II. DESCRIPCIÓN DE SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL (COBERTURA BÁSICA)

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 veces la UMA (Unidad de Medida y Actualización) mensual vigente 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 en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aun 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 ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- K. El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- L. Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares. El nivel de alcohol debe ser mayor e igual a 0.060% BAC (porcentaje de alcohol diluido en el torrente sanguíneo) o 0.600 g/L (peso de alcohol en un litro de sangre).**

III. CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

La solicitud de seguro, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, conforme a las cuales ha sido clasificado el riesgo, la carátula de la póliza, endoso que lleve anexos y folleto de los derechos básicos de los contratantes, constituyen el Contrato de Seguro.

2. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía pagará al beneficiario designado por el asegurado la suma asegurada estipulada en la carátula de póliza para 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 la póliza 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.

3. CLÁUSULA NO DISCRIMINACIÓN

La póliza de seguro, la documentación contractual y las disposiciones que integran el clausulado del contrato de seguro, respetan la dignidad y derechos humanos y fundamentales del Contratante, del asegurado y de los Beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación vigente y aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

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 asegurado, inmediatamente a un cambio de ocupación o de actividad en su empleo o en las actividades deportivas que desempeña, deberá avisarlo por escrito a La Compañía. Ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación.

Si La Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá los accidentes derivados de la nueva ocupación. Si el asegurado no avisa por escrito a La Compañía, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El contratante y/o asegurado o representante de estos está obligado a declarar por escrito a La Compañía en la Solicitud del Seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o debe conocer en el momento de celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultara a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro en términos de lo previsto por el Artículo 47 con relación a los Artículos 8, 9, y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a continuación se transcriben:

ARTICULO 8

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 9

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.

ARTÍCULO 47

Cualquier 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.

7. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas: Si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o sus representantes con el fin de hacerle incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.

Si hubiere en el siniestro dolo o mala fe del Asegurado, el beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Si se demuestra que el Asegurado, beneficiario o sus representantes con el fin de hacerlo incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que La Compañía solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

8. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones generales de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endosos que para tal efecto se registren en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, previo acuerdo entre La Compañía y el asegurado, siendo agregados a la póliza y firmados por un funcionario autorizado. Si concluida la vigencia de la póliza las condiciones generales se modifican, al momento de la nueva contratación las condiciones generales aplicables serán las que se encuentren registradas y vigentes en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

9. 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 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.

10. AGRAVACIÓN DEL RIESGO (ARTÍCULO 52 Y 55 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo. Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, La Compañía no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

11. PRIMAS

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.

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

ARTÍCULO 34

Salvo pacto en contrario, 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. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

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

En caso de duda, 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

En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, 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 Seguro).

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 bancario 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.

12. 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 después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, La Compañía devolverá la prima neta de riesgo cobrada no devengada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, en un solo pago dentro de los siguientes 30 días naturales a partir de que la aseguradora reciba la notificación por el Contratante.

13. BENEFICIARIOS

Para los efectos de esta póliza, se entiende por beneficiario la persona o personas designadas como tales por el asegurado en la solicitud requisitada para la celebración de este contrato, o los que, en su caso, designe posteriormente.

El asegurado tiene derecho a nombrar o cambiar beneficiarios, notificando por escrito a La Compañía la nueva designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en esta póliza.

El asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a La Compañía, quien lo hará constar en la póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de beneficiario irrevocable.

Cuando no exista beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado; la misma regla se observará si solo se hubiere designado a un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiera designación de nuevo beneficiario, salvo que se hubiera designado beneficiario irrevocable.

Si existiendo varios beneficiarios falleciera alguno de ellos con anterioridad al asegurado, el porcentaje de la suma asegurada que le haya sido designada se distribuirá por partes iguales a los sobrevivientes, salvo estipulación en contrario.

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 al crédito derivado del seguro.

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.

14. EDAD

Para efectos de este contrato se considera como edad real del asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Los límites de admisión fijados por La Compañía son de 0 años como mínimo y 70 años como máximo.

La edad declarada por el asegurado se deberá comprobar fehacientemente antes o después del fallecimiento del asegurado. En el primer caso La Compañía hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá al asegurado un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el siniestro por el fallecimiento del asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, La Compañía en este caso, rescindiré el contrato y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.



Si la edad verdadera del asegurado difiere de la edad declarada, pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las reglas contenidas en el Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra dice:

ARTÍCULO 172

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. 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 empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad,
- IV. Si con posterioridad a la muerte 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 empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

15. RENOVACIÓN

Se podrá renovar este seguro por periodos iguales, presentando solicitud, en las mismas condiciones en que fueron contratadas. 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.

16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Al momento de la reclamación del pago de la Indemnización por la Muerte Accidental del asegurado, será obligación de los beneficiarios presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que La Compañía considere necesarios para el análisis de la misma, de acuerdo a lo ordenado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

a. Del Asegurado fallecido:

- Acta de defunción
- Acta de nacimiento (si se encuentran en poder del beneficiario)
- Identificación oficial (si se encuentran en poder del beneficiario)
- Acta del ministerio público

b. Del Beneficiario:

- Identificación oficial
- Acta de nacimiento
- Acta de matrimonio (Únicamente si el beneficiario es el Cónyuge)

ARTÍCULO 69 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios o al propio asegurado, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Todas las indemnizaciones cubiertas por La Compañía serán liquidadas al Asegurado, excepto la suma asegurada por muerte accidental, la que se pagará a los beneficiarios designados.



Cuando se trate de un mismo accidente y por la misma causa o por otra que con éste se relacione, la obligación de La Compañía no excederá de las cantidades máximas que resulten de la aplicación de las reglas fijadas en la póliza.

17. OTROS SEGUROS

Si las coberturas aseguradas en la póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza. Esta limitación no se aplica a las coberturas de muerte accidental y pérdidas orgánicas.

18. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

No se otorgan Dividendos.

19. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante y/o asegurado a La Compañía, o de ésta al Contratante y/o asegurado y/o Beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente al momento del pago.

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. 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. INDEMNIZACIÓN POR MORA

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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las



prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

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

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

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

22. 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 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

23. PRESCRIPCIÓN

ARTÍCULO 81.- TODAS LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE UN CONTRATO DE SEGURO PRESCRIBIRÁN:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- 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.

La prescripción se interrumpirá no solo por los casos ordinarios, 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”.

24. 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

25. 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.

26. PRECEPTOS LEGALES

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

27. 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 número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México. Y/o al correo electrónico atencionaclientes@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 número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 55 5340 0999 y 800 9998 080 asesoria@condusef.gob.mx; www.condusef.gob.mx

28. ENTREGA DE PÓLIZA

Una vez aceptada la solicitud de seguro La Compañía se obliga a entregar al asegurado o Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

1. De manera Personal al contratar el seguro
2. Envío a domicilio, por los medios que La Compañía utilice para tales efectos.
3. Autorización de entrega de documentación vía electrónica (PDF), mediante envío al correo electrónico que usted haya proporcionado al momento de la contratación.

En la documentación contractual que le sea entregada en cualquiera de las vías antes señaladas, a elección del contratante, se hacen constar los procedimientos para la presentación de reclamaciones en caso de siniestro o de cancelación del producto.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en los supuestos anteriores. Dejará constancia de que utilizó los medios señalados para la entrega de los documentos.

La Compañía hará entrega al asegurado o Contratante, de la documentación a que hace mención el párrafo que antecede, en un plazo no mayor a 30 días naturales, contados a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el asegurado o Contratante.

No obstante, lo anterior, las condiciones generales de la presente póliza pueden ser consultadas en la página web: www.generaldeseguros.mx.

Para cancelar la póliza o solicitar que la misma no se renueve el Contratante, deberá comunicarse a través del correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx o al teléfono 55 5270 8000.

29. MEDIO CIERTO DE ENTREGA

En caso de que esta Institución ponga a su disposición la contratación de sus productos vía telefónica, y usted optase por utilizar este medio para suscribir un contrato de seguro, hacemos de su conocimiento los siguientes medios ciertos para la entrega de la documentación contractual respectiva:

1. De manera Personal al contratar el seguro. Usted deberá recoger la documentación contractual respectiva, en la sucursal de General de Seguros que haya elegido al momento de la contratación.
2. Autorización de entrega de documentación vía electrónica (PDF), mediante envío al correo electrónico que usted haya proporcionado al momento de la contratación.

En la documentación contractual que le sea entregada en cualquiera de las dos vías antes señaladas, a elección del contratante, se hacen constar los procedimientos para la presentación de reclamaciones en caso de siniestro o de cancelación del producto.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en ambos supuestos. Dejará constancia de que utilizó los medios señalados para la entrega de los documentos.

No obstante, lo anterior, las condiciones generales de la presente póliza pueden ser consultadas en la página web www.generaldeseguros.mx

Para cancelar la póliza, se estará a lo dispuesto en las condiciones generales de este producto, en particular a lo dispuesto en el apartado denominado CANCELACIÓN.

Asimismo, para los procedimientos de reclamación de siniestros, se estará a lo dispuesto en el apartado denominado PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 55 5278 8888 en la Ciudad de México y su área metropolitana o al 800 4727 696 desde el interior de la República.



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.

V. CLÁUSULA COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que General de Seguros S.A., tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s),

Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. General de Seguros S.A., consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de julio de 2019, con el número CNSF-S0009-0254-2019/ CONDUSEF-003828-02.



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

ACCIDENTE

Para los efectos de este beneficio se considera como accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que cause cualquier lesión o pérdida orgánica del Asegurado, contemplada en la presente cobertura.

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.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A":	
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 o un pie	50%
e. La vista de un ojo	30%
f. El pulgar de cualquier mano	15%
g. El índice de cualquier mano	10%

Se entiende por pérdida de la mano su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida del pulgar o índice la separación de dos falanges completas en cada dedo.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B":	
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 no 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. Sordera completa de los 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 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 las pérdidas orgánicas 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 en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aun 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 ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- K. El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- L. 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. El nivel de alcohol debe ser mayor e igual a 0.060% BAC (porcentaje de alcohol diluido en el torrente sanguíneo) o 0.600 g/L (peso de alcohol en un litro de sangre).**
- M. Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de 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 71 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de julio de 2019, con el número CNSF-S0009-0254-2019/CONDUSEF-003828-02.



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

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.
- Copia del expediente clínico de la pérdida orgánica
- Facturas a nombre de la persona que cubrió el reembolso de gasto médico

- 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.

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 satisfacción de 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 cualquier otra semejante en donde no se exige remuneración.

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 en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aun 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 ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo que participe en carreras, pruebas, o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- K. El uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.**
- L. Las lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de alcohol, drogas, enervantes o alucinógenos, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares. El nivel de alcohol debe ser mayor e igual a 0.060% BAC (porcentaje de alcohol diluido en el torrente sanguíneo) o 0.600 g/L (peso de alcohol en un litro de sangre).**
- M. Lesiones que se originen por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo el efecto de 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.**
- O. Abortos, cualquiera que sea su causa.**

TERMINACIÓN

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 71 años.
- d. Al otorgar “La Compañía” el pago de este beneficio.
- e. La cancelación de la póliza de la cual este beneficio forma parte.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD (OPERARÁ SI APARECE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

INDEMNIZACIÓN DIARIA

Es la cantidad de dinero que se pagará al Asegurado por cada día de incapacidad.

INCAPACIDAD TOTAL

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas el Asegurado, cuya edad sea de 18 años o más, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital, o en su domicilio, La Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria estipulada en la carátula de la póliza por un periodo que no excederá de 1,460 días. Dicha incapacidad después de los 90 días quedará a revisión de una segunda opinión de un médico especialista asignado por La Compañía, el cual podrá avalar o declinar el diagnóstico del médico tratante.

INCAPACIDAD PARCIAL

Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierto bajo el párrafo anterior de esta Sección, las lesiones sufridas por el Asegurado, cuya edad sea de 18 años o más, le causaren directa e independientemente de cualesquiera otras causas, una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, La Compañía pagará durante el período de incapacidad, el 40% de la indemnización contratada por incapacidad total; pero sin exceder el periodo de pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente. Dicha incapacidad después de los 90 días quedará a revisión de una segunda opinión de un médico especialista asignado por La Compañía, el cual podrá avalar o declinar el diagnóstico del médico tratante. Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total o parcial, contratada en esta Sección y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas, La Compañía pagará las sumas aseguradas contratadas a dichas coberturas.



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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de julio de 2019, con el número CNSF-S0009-0254-2019/CONDUSEF-003828-02.

n-03-API

Oficina Matriz

Patriotismo 266

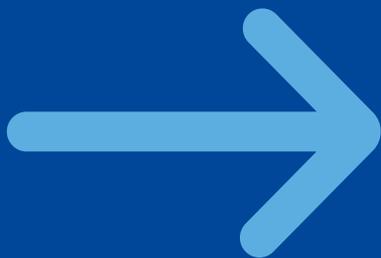
San Pedro de los Pinos

03800 | CDMX

Tel. 55 5270 8000

Buzón electrónico

atencionclientes@gseguros.com.mx



N-03-API

