



Seguro de Viajes

Condiciones Generales

Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuestos en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0012-0113-2008 de fecha 26/02/2008.

DEFINICIONES GENERALES

Para efectos del presente contrato, se convienen como definiciones las siguientes:

Accidente

Lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del Asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito. En virtud de lo anterior, cuando este contrato haga referencia a un Accidente, no se cubren enfermedades de ningún tipo.

Aeronave

Avión operado por una línea comercial autorizada para el transporte regular de Pasajeros en viajes de itinerario regular, excluyéndose vuelos privados (conocidos como vuelos charter).

Asegurado

Toda persona física, descrita como tal en la carátula de la póliza, que estará amparado bajo la cobertura de este seguro.

Asegurado Titular

Es la persona física, también asegurada que ha contratado este seguro y que representa a sus Dependientes Económicos.

Beneficiario

Es la persona designada por cada uno de los Asegurados para recibir el beneficio del seguro, en caso de fallecimiento de cada uno de ellos.

Coaseguro

Porcentaje o cantidad a reducir de la cuantía total que le corresponde al Asegurado por concepto de reembolso de Gastos Médicos por Accidente y/o enfermedad, después de haber disminuido el Deducible y en caso de haberse contratado esta cobertura.

Compañía

AIG Seguros México, S.A. de C.V.

Deducible

Cantidad a cargo del Asegurado que se le descuenta de la indemnización por cada evento.

Dependientes Económicos

Serán considerados como Dependientes Económicos del Asegurado Titular exclusivamente las siguientes personas: su cónyuge; los ascendientes del Asegurado Titular y sus hijos mayores de 6 meses y menores de 24 años siempre y cuando sean solteros y mantengan la condición de dependencia económica. Para efectos de esta definición no se considerará dependencia económica cuando el pariente perciba cualquier tipo de ingreso.

Domicilio

Lugar habitual de residencia del Asegurado

Empresa Transportista

Empresa autorizada oficialmente para prestar el servicio comercial de transporte de Pasajeros, en rutas establecidas con itinerarios regulares, mediante vehículos terrestres, aéreos o acuáticos.

Hospitalización por Accidente

Internamiento del Asegurado en un Hospital, derivado de un Accidente, bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período mínimo de 24 horas continuas.

Hospitalización por Enfermedad

Internamiento del Asegurado en un Hospital, derivado de una enfermedad bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período mínimo de 24 horas continuas.

Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios ya sean médicos o quirúrgicos y que opera bajo la supervisión constante de un Médico.

Médico

Persona calificada que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Pasajero

Es la persona física que hace uso del Transporte Público, cuyo boleto o costo de pasaje haya sido pagado, quedando excluido el personal que se encuentre de servicio en el mismo.

Pérdida Orgánica

La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano, o de los dedos pulgar o índice o su anquilosamiento total; Por pérdida de un ojo, se entenderá tanto la pérdida física del ojo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

Preexistente

Es aquella afección o patología, que antes del inicio de la vigencia de la póliza:

- A) Fue diagnosticada por un Médico; o
- B) Provocó un gasto o
- C) Fue aparente a la vista; o,
- D) Fue de las que, por sus síntomas o signos, no pudieron pasar desapercibidas.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye; el SIDA incluirá el HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del HIV y "ARC" (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).

Transporte Público

Vehículo marítimo o terrestre o avión autorizado para trasladar pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares, excluyéndose vuelos privados (conocidos como vuelos charter).

Unidad de Terapia Intensiva

Sala de un Hospital que funciona las 24 horas y que se destina a la atención de pacientes gravemente enfermos, mediante servicios médicos especiales y equipo no disponibles en una sala común de recuperación, postoperatoria u otras salas de cuidados no intensivos.

Viaje

Es el traslado (sin importar que se traslade por Aeronave o medio acuático o terrestre) del Asegurado desde su Domicilio hacia su lugar de destino (o viceversa), siempre y cuando el Domicilio y el lugar de destino estén separados por una distancia de 50 kilómetros. La estancia en el lugar de destino se considera parte del Viaje, cuando la cobertura así lo indique. La carátula de la póliza de este contrato de seguro deberá de indicar si se cubren viajes de trabajo, de placer o ambos.

CONDICIONES GENERALES

1. Contrato de Seguro

Este contrato de seguro ampara las coberturas que se señalen como contratadas en la carátula de la póliza. Todas las coberturas contratadas sólo aplicarán mientras el Asegurado se encuentre de Viaje. El tipo de Viaje (de trabajo, placer, o ambos) deberá de estar expresamente señalado en la carátula de la póliza para estar cubierto. Para todos los efectos a que haya lugar, el contrato de seguro se integrará por las declaraciones del Asegurado Titular proporcionadas a la Compañía, por la póliza, por los endosos que se agreguen y por estas condiciones generales.

2. Vigencia

La carátula de la póliza indicará la vigencia del seguro contratado.

3. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca

o deba conocer en el momento de la celebración de este contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

4. Edad

Se considera como edad del Asegurado la que haya cumplido en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Compañía por una sola vez, y se hará constar en la póliza o en cualquier otro comprobante, la fecha y forma en que se acreditó la edad y ante quién se hizo. En caso de falsa declaración de la edad, la suma asegurada será incrementada o disminuida con base en la prima pagada, en los términos del artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si por cualquier causa la póliza ha sido emitida a favor de una persona cuya edad se encuentre fuera de los límites establecidos en el beneficio contratado, la obligación de la Compañía se limitará a devolver al Asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de rescisión.

5. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

En términos de lo dispuesto por el 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. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Estas modificaciones o concesiones, en su caso, podrán ser tramitadas por medio de los agentes de seguros, pero sólo serán válidas cuando conste por escrito el consentimiento de la Compañía.

6. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo en los casos de excepción previstos en el artículo 82 de la misma ley. La prescripción se interrumpirá, no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por las causas y en los términos a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. Moneda

Todos los pagos que el Asegurado y la Compañía deban realizar conforme a este contrato, se harán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, a la fecha de pago. En el caso de que la póliza se contrate en dólares, se indemnizará conforme al tipo de cambio vigente publicado en el Diario Oficial de la Federación por el Banco de México en la fecha de pago.

8. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado o sus Beneficiarios podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscitó el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del usuario de no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien este proponga, se dejaron a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante, acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

9. Nuevos Asegurados

En el caso en que se haya contratado un Plan Familiar y mediante el pago de una prima adicional, los hijos que nazcan durante la vigencia de la póliza, podrán ser incluidos en el seguro, a partir del sexto mes de su nacimiento.

10. Terminación Anticipada

No obstante el término de vigencia de esta póliza, este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en los términos siguientes: Si el Asegurado desea darlo por terminado, deberá dar aviso por escrito a la Compañía. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el día y hora en que se presente el aviso a la Compañía. La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la póliza hubiere estado en vigor de acuerdo con la siguiente tarifa para seguros a corto plazo: Para contratos de seguro que cubran un solo viaje, dentro de las 48 horas siguientes a la contratación, corresponde a la Compañía el 25% del total de la prima.

Para contratos de seguro con vigencia anual:

- Hasta tres meses, corresponde a la Compañía el 40% del total de la prima.
- Hasta cuatro meses, el 50%
- Hasta cinco meses, el 60%
- Hasta seis meses, el 70%
- Hasta siete meses, el 75%
- Hasta ocho meses, el 80%
- Hasta nueve meses, el 85%
- Hasta diez meses, el 90%
- Hasta once meses, el 95%

En caso de que la Compañía requiera dar por terminado anticipadamente este contrato, deberá notificar por escrito al Asegurado, enviando un aviso por correo certificado con cuando menos treinta días naturales de anticipación a la fecha en que se desee su terminación, debiendo además devolver la parte de la

prima no devengada correspondiente, en un plazo de 30 días conforme a lo previsto en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Las disposiciones de esta cláusula no serán aplicables para las coberturas de Fallecimiento Accidental que se hubieren contratado.

11. Terminación Automática

Este contrato terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, en los supuestos siguientes:

- En la fecha de término de vigencia indicada en la carátula de la póliza.
- Al concluir el período de gracia indicado en el numeral 24 que aparece más adelante, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En los casos específicamente previstos en cada una de las coberturas contratadas.
- El seguro respecto de los hijos, en la fecha de aniversario de la póliza en que su edad alcanzada sea 24 años.

12. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporten plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con el pago de la suma asegurada indicada en este contrato al hacerse exigible legalmente, en términos de la legislación vigente aplicable, pagará al acreedor la indemnización por mora que corresponda, en términos de lo dispuesto en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

13. Beneficiarios

Cada Asegurado mayor de edad, tendrá derecho a designar a un tercero como Beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la Compañía. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

Cada Asegurado, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte. Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación. El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible. Si el Asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como Beneficiarios de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales. La Compañía efectuará el pago de la indemnización correspondiente conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada,

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato. Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás. Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado, sin que se hubiese designado algún Beneficiario sustituto.

Advertencia

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

14. Otros Seguros

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de las compañías aseguradoras la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito o indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas. Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata esta cláusula o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones. Las disposiciones de esta cláusula no serán aplicables para las coberturas de Fallecimiento Accidental o para coberturas distintas a la operación de Daños que se hubieren contratado.

15. Cesión del Contrato de Seguro

El Asegurado no puede ceder, transferir o asignar este contrato a cualquier otra persona(s), sin que exista previo acuerdo por escrito entre el Asegurado y la Compañía. En caso contrario este contrato quedará invalidado.

16. Modificaciones al Contrato

Este contrato puede ser modificado por acuerdo entre las partes, mismo que se hará constar por escrito.

17. Agravación del Riesgo

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que sufra el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca.

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho, si el Asegurado omitiere el aviso o si él provocare dicha agravación y ésta influyere en la realización del siniestro.

18. Fraude, Dolo o Mala Fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si:

- Si el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- Si, con igual propósito, no entregan a tiempo a la Compañía, la documentación solicitada.
- Si hubiere en el siniestro o en la reclamación, dolo o mala fe del Asegurado, del Beneficiario, del causahabiente o de los apoderados o representantes de cualquiera de ellos.
- Si el Siniestro ocurre por culpa grave del Asegurado.

19. Idioma

Cualquier traducción de este contrato es por cortesía, pero en todo caso, prevalecerá la versión en español.

20. Documentos que integran el Contrato de Seguro.

La carátula de la póliza, los endosos, la solicitud, las condiciones generales y la descripción de beneficios contratados, forman parte y constituyen prueba del contrato de seguro celebrado con la Compañía.

21. Notificaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de ésta, en su domicilio. Las que se hagan al contratante y/o Asegurado a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que el Asegurado que haya comunicado al afecto por escrito a la Compañía o, en su defecto, en el que aparezca en la carátula de la póliza. Todas las notificaciones se tendrán como hechas el mismo día y se entenderán con cualquier persona que reciba la misma en el domicilio correspondiente.

22. Títulos y Definiciones

Los títulos de las cláusulas contenidos en este contrato son para comodidad de referencia únicamente y no agregan significado alguno al presente contrato. En este documento, las palabras con mayúscula inicial tienen un significado especial y se encuentran definidas.

23. Comisiones a los Agentes de Seguro

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

24. Prima

El monto de la prima es la que se estipula en la carátula de la póliza.

24.1 Fecha de Pago

La prima vence y debe ser pagada, en la fecha de celebración del contrato de seguro.

24.2 Forma de Pago

La prima podrá pagarse mediante los cargos que realizará la Compañía en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria que haya elegido el Asegurado Titular, pudiendo ser propia o de un tercero, siempre y cuando el tercero titular de la cuenta otorgue su consentimiento escrito o tácito. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al titular de la cuenta en que se realizan los cargos, el Asegurado Titular estará obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía o a abonar el pago respectivo en la cuenta que le indique la propia Compañía.

Serán causas imputables al titular de la cuenta en que se realicen los cargos, la cancelación de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier otra situación similar o semejante que no permitan el cobro de la parcialidad. Conforme a lo dispuesto en la Ley sobre el Contrato de Seguro, en los seguros que cubren un solo Viaje, el pago de la prima no podrá ser fraccionado.

24.3 Período de Gracia

Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

24.4. Pagos Pendientes

En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Beneficiario el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

24.5 Lugar de Pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía o mediante depósito en cuantas a su nombre que le proporcione la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente.

25. Cláusula de Arbitraje Médico

Sólo en el caso de rechazo por condiciones médicas preexistentes, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia.

El procedimiento arbitral se llevará a cabo conforme a lo siguiente:

25.1 Demanda

El actor tendrá treinta días hábiles, contados a partir del día siguiente al que conozca de la negativa de la indemnización, para presentar a la Compañía su demanda, la cual deberá de hacer mención de

los hechos en los que se funda, los puntos controvertidos, las prestaciones que reclama. La demanda deberá de firmarse por el reclamante o por su representante legal debidamente facultado y deberá acompañarse de las pruebas que ofrezca.

25.2 Contestación

El demandado deberá de contestar por escrito los puntos controvertidos dentro de los treinta días hábiles siguientes a la notificación de la demanda.

25.3 Nombramiento de Árbitro

El árbitro nombrado deberá ser independiente y en el procedimiento intervendrá un solo árbitro, el cual será nombrado por acuerdo entre las partes. El escrito de demanda deberá contener el nombre y domicilio del árbitro que el reclamante propone.

El escrito de contestación deberá contener la aceptación o nueva propuesta de árbitro de la demandada. La parte que propuso al árbitro deberá de notificar al árbitro designado para que acepte su cargo.

En caso de que las partes no se pongan de acuerdo en el nombramiento del árbitro en un plazo de cuarenta días hábiles siguientes a la notificación de la demanda, el árbitro será fijado por un juez en términos de lo dispuesto en la fracción III del artículo 1427 del Código de Comercio.

25.4 Desahogo de pruebas

El árbitro desahogará las pruebas ofrecidas en la demanda y contestación y decidirá si es necesario celebrar alguna audiencia. El periodo probatorio deberá concluirse en un plazo de tres meses contado a partir de la fecha de aceptación del cargo del árbitro.

25.5 Alegatos

Una vez concluido el periodo probatorio, el árbitro notificará a las partes el inicio de un periodo de quince días hábiles para que las partes formulen alegatos por escrito.

25.6 Laudo

Concluido el periodo de alegatos, el árbitro tendrá tres meses para emitir y notificar a las partes su laudo el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. El árbitro decidirá con arreglo al texto del condicionado del contrato de seguro aplicable y deberá motivar su decisión. La Ley sobre el Contrato de Seguro, y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deben de regir el fondo del asunto.

25.7 Traslados

De todas las declaraciones, documentos probatorios, peritajes o demás información que una de las partes presente al árbitro, se dará traslado a la otra parte en la misma fecha.

25.8 Domicilios:

Las notificaciones del procedimiento arbitral se harán:

- Para La Compañía: en su domicilio ubicado en Insurgentes Sur 1136, Colonia del Valle, C.P. 03219, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal.
- Para el Asegurado: en el domicilio que señala la carátula de la póliza.
- Para el Árbitro designado: en el domicilio que éste informe a las partes al aceptar su cargo.

Todas las notificaciones se harán mediante servicios privados de mensajería y se tendrán por hechas el día que se reciban. La negativa de una de las partes a recibir el documento que se notifica no será causa para no tener por notificado el documento.

25.9 Costas del Arbitraje

En caso de haber arbitraje, este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y será liquidado por la Compañía, con excepción de los gastos de viaje y costos de asesoría pericial del reclamante.

25.10 Lugar del Arbitraje

El lugar del arbitraje será el domicilio de la Compañía.

25.11 Supletoriedad

En todo lo no previsto en la presente cláusula aplicará lo dispuesto en el título cuarto del Código de Comercio.

26. Procedimiento de Indemnización

26.1 Aviso

Cualquier evento que pueda originar una indemnización, en los términos de este contrato, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización.

26.2 Pruebas

El reclamante deberá presentar a su costa, a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, las pruebas de los hechos y documentos relativos que den origen a la reclamación. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este contrato, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado, así como comprobar la veracidad de los hechos declarados por el Asegurado, Beneficiario o sus representantes.

26.3 Pago de Indemnizaciones

La Compañía pagará las indemnizaciones por fallecimiento a los Beneficiarios designados. Las indemnizaciones que se originen por eventos diferentes de fallecimiento, serán pagadas al Asegurado Titular. En las coberturas que proporcionen Indemnización Diaria, la Compañía y el Asegurado Titular podrán pactar que los pagos sean efectuados semanalmente o mensualmente. La Compañía efectuará el pago de la indemnización en su domicilio, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación, de lo contrario aplicará lo dispuesto en la cláusula 13 anterior.

27. Límite de Suma Asegurada

Todas las coberturas tendrán como máxima de indemnización la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza. En el caso de contratar coberturas de reembolso de gastos, cada pago que haga la Compañía se descontará de la suma asegurada.

28. Territorialidad

Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere directa o indirectamente por un viaje a, en, o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Sudan o Siria.

EXCLUSIONES GENERALES

No obstante que cada beneficio contratado prevé sus propias exclusiones, a continuación se enlistan las exclusiones que aplican a todos los beneficios: La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. Condiciones Médicas Preexistentes

No obstante lo anterior, la Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con alguna de las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- i) Declaración (previa a la celebración del contrato de seguro) de la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o,
- ii) Expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado o,
- iii) Pruebas de laboratorio o gabinete o,
- iv) Cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

La Compañía también podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando previamente a la celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Independientemente de lo anterior, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver sobre la procedencia de la reclamación.

Esta exclusión no será aplicable si el Asegurado se sometió al examen médico previo a la contratación en los términos indicados por la Compañía, no podrá aplicársele la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2. Lesiones o Accidentes derivados de la participación directa del Asegurado como sujeto activo del delito, en actos delictivos de carácter intencional.

3. La practica profesional de cualquier deporte.

4. Cuando el Asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar.

5. La práctica de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.

6. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el Asegurado.

7. Lesiones o muerte del Asegurado en riña, cuando éste la haya provocado.

8. Lesiones o muerte del Asegurado en servicio militar.

9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una Aeronave, a menos que viajare en ella como Pasajero.

10. Accidentes originados o causados por culpa grave del Asegurado. En todo caso, se entenderá por culpa grave del Asegurado el encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de drogas, enervantes o estimulantes no prescritos médicamente. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos

de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.

11. Complicaciones del embarazo, salvo que dichas complicaciones resulten a consecuencia de un Accidente o se haya contratado alguna cobertura de reembolso de gastos médicos que sí la cubra.

12. Indemnizaciones por o resultantes de, que contribuyan a, o agravados como consecuencia directa o indirecta, accidentales o intencionales, deliberados o no deliberados, directos o indirectos, próximos o remotos o en todo o en parte causados por cualquiera de los siguientes acontecimientos:

a) Guerra (declarada o no), invasión, acción bélica en tiempos de paz o de guerra, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil y/u operaciones similares, incluyendo acción encubierta, combate o defensa en contra del ataque real, impedimento de tal ataque o ataque esperado: por gobierno (de derecho o de hecho) o poder usurpado o por cualquier autoridad mantenida o usando el poder militar, naval, fuerza aérea o por un agente de cualquiera de dichos gobiernos, poder, autoridad o fuerza.

b) Motín, conmoción civil asumiendo la proporción de o amotinamiento popular, insurrección, rebelión, revolución, militar o por usurpación de poder, o acción tomada por la autoridad gubernamental en impedirlo, combatirlo o defenderse contra dicha ocurrencia, ataque o destrucción;

c) Actos de terrorismo, cometidos por una o varias personas actuando a nombre de o en conexión con cualquier organización.

Para el propósito de esta condición, terrorismo significa el tipo penal descrito en el artículo 139 del Código Penal Federal, es decir, el uso de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por incendio, inundación, o por cualquier otro medio violento, por el que se realicen actos en contra de las personas, las cosas o servicios al público, que produzcan alarma, temor, terror

en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública o tratar de menoscabar la autoridad del estado o presionar a la autoridad para que tome una determinación.

d) Secuestro, cualquier ataque ilegal, ilícito o ejercicio injusto del control de cualquier medio de transportación, incluyendo pero no limitado a aviones, vehículos acuáticos, camiones, trenes o automóviles, incluyendo cualquier intento de ataque o control, hecho por cualquier persona o personas.

13. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue un Accidente para el Asegurado.

14. El homicidio del Asegurado causado por arma de fuego o punzo cortante, sin importar la causa, motivo, circunstancias, ni el tipo de arma.

15. Lesiones por arma de fuego o punzo cortante, sin importar la causa, motivo, circunstancias ni el tipo de arma.

16. Que la muerte o lesiones del Asegurado se produzcan en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio del Asegurado.

17. Que la muerte o lesiones del Asegurado se produzcan por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.

18. Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes.

19. Lesión o muerte por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

20. Intervención quirúrgica o tratamiento, ambos de carácter preventivo.

21. Lesiones o la muerte derivada del secuestro del Asegurado.

22. Infección oportunista o neoplasma maligno, si en el momento de manifestarse la enfermedad o producirse el Accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere cero-positivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía, pneumocystis carinii, Sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.

23. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas y / o relacionadas con el virus VIH Positivo.

24. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables y derivadas de un Accidente.

25. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.

26. Hernias o eventraciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.

Falta de Cobertura

ESTE CONTRATO NO ES UN SEGURO DE VIDA, sino un contrato de seguro que cubre Accidentes ocurridos al Asegurado mientras este se encuentre de Viaje, POR LO QUE NO ESTARÁN CUBIERTOS NINGUNO DE LOS EVENTOS O SITUACIONES SIGUIENTES:

- Con excepción de haber contratado la cobertura de reembolso de gastos funerarios, el fallecimiento del Asegurado que no se derive de un Accidente.
- Suicidio del Asegurado.
- Lesiones auto inflingidas, cometidas por el Asegurado, cualquiera que sea su estado mental.
- Cualquier tipo de lesiones o la muerte que se cause fuera de lo que, conforme a este contrato se considera un Viaje.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuestos en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0012-0113-2008 de fecha 26/02/2008

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Verifique las coberturas que tenga contratadas en su certificado o carátula de póliza.

No todas las coberturas que se describen a continuación pueden aplicar a su contrato de seguro.

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente, en el momento del siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente, en el momento del siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como Pasajero en un Transporte Público.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL EN VIAJE AÉREO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente, en el momento del siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre viajando a bordo de una Aeronave, o al subir o descender de la misma en escalas normales u obligadas o durante su estancia en el lugar de la escala normal u obligada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el Accidente ocurra durante la vigencia de la cobertura.

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

EXPOSICIÓN A LOS ELEMENTOS DE LA NATURALEZA

Serán objeto de indemnización, en los términos de esta cobertura, el fallecimiento del Asegurado por estar expuesto inevitablemente a elementos adversos a la naturaleza a consecuencia de un Accidente.

DESAPARICIÓN

La Compañía pagará la indemnización en caso de que el Asegurado desaparezca a consecuencia del Accidente de un Aeronave en la que viajare como Pasajero, aún cuando su cuerpo no haya sido localizado. Para este último caso, se requerirá que hayan transcurrido seis meses a la fecha en que haya ocurrido el Accidente para proceder al pago de la indemnización que corresponda.

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL EN TRÁNSITO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando dicho Accidente ocurra:

- Al encontrarse como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de un automóvil de alquiler; o
- Al ser atropellado por cualquier clase de vehículo automotor, al transitar como peatón en la vía pública.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier Accidente y al ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la tabla de indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en dicha tabla.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas
Escala A

Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier Accidente y al ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la tabla de indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en dicha tabla.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala B	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro de dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente y al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la tabla de Indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de esta cobertura y que se indica en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como Pasajero en un Transporte Público.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala A	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente y al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la tabla de Indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de esta cobertura y que se indica en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre como Pasajero en un Transporte Público.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala B	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro de dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE EN VIAJE AÉREO

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente y al ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de esta cobertura que se indica en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre viajando a bordo de una Aeronave, o al subir o descender de la misma en escalas normales u obligadas o durante su estancia en el lugar de la escala normal u obligada.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala A	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE EN VIAJE AÉREO

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente y al ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de esta cobertura que se indica en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado se encuentre viajando a bordo de una Aeronave, o al subir o descender de la misma en escalas normales u obligadas o durante su estancia en el lugar de la escala normal u obligada.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala B	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro de dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE EN TRÁNSITO

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente y al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la tabla de Indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de esta cobertura y que se indica en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado:

- Se encuentre como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de alquiler; o
- Sea atropellado por cualquier clase de vehículo automotor al ir como peatón en la vía pública.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará a Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala A	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE EN TRÁNSITO

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente y al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la tabla de Indemnización siguiente, la Compañía pagará el porcentaje de la suma asegurada de esta cobertura y que se indica en dicha tabla, siempre y cuando el evento ocurra mientras el Asegurado:

- Se encuentre como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de alquiler; o
- Sea atropellado por cualquier clase de vehículo automotor al ir como peatón en la vía pública.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de uno o más Accidentes o de una o más pérdidas orgánicas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas Escala B	
Concepto	Porcentaje
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro de dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de un Accidente cubierto y al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente antes de cumplir los 65 años de edad, La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura estipulada en la carátula de la póliza.

Para efectos de esta cobertura se conviene la definición siguiente:

Concepto

Invalidez Total y Permanente

Definición

Es la incapacidad que sufre el Asegurado a consecuencia de un Accidente cubierto, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente, la pérdida de los miembros siguientes del Asegurado a causa de un Accidente:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, o
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies, o
- La pérdida de una mano y un pie, o
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo, o
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo

Para efectos de esta definición, se entiende por pérdida la separación o anquilosamiento de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibiocarciana o hacia la rodilla.

Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá de un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un Médico que señale la Compañía y de un periodo de espera de seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente.

Para efectos de lo anterior, se entenderá por periodo de espera, el tiempo que transcurra desde ocurrido el siniestro hasta el día en que deba proceder al trámite de la indemnización.

El periodo de espera a que se refiere esta definición, no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie las cuales hayan acontecido de forma inmediata al Asegurado en un evento cubierto por este seguro.

REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente cubierto en el momento de ocurrir el siniestro o dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía reembolsará la cantidad que se haya cubierto por concepto de gastos de funeral, sin exceder monto señalado en la carátula de la póliza como suma asegurada máxima para esta cobertura. Para proceder al reembolso, los Beneficiarios deberán entregar a la Compañía los comprobantes originales de los gastos efectivamente erogados.

Terminación Automática de esta cobertura

Esta cobertura se dará por terminada automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que el Asegurado cumpla 12 años de edad.

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado, por accidente o enfermedad, la Compañía pagará, por concepto de gastos efectuados del funeral del mismo, el total de la suma asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza.

Terminación Automática

Para cada Asegurado, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.

TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos que se describen más adelante en que incurra por concepto de transportación de emergencia del Asegurado, a consecuencia de un Accidente que le ocurra estando de Viaje, fuera de su ciudad habitual de residencia; durante la vigencia de esta cobertura. Se entenderá por traslado médico de emergencia aquél que sea necesario en forma inmediata por la condición médica del Asegurado, para llevarlo desde el lugar en donde se haya accidentado hasta el Hospital o Sanatorio más cercano en donde pueda recibir un tratamiento adecuado.

GASTOS CUBIERTOS

- Los gastos por concepto de transportación médica del Asegurado en un medio de transporte aéreo, terrestre o acuático desde el lugar en donde le ocurra el Accidente cubierto hasta el Hospital o Sanatorio más cercano para recibir el tratamiento médico.
- Los gastos por transportación médica del Asegurado desde el hospital o sanatorio en donde haya recibido el tratamiento médico, hasta su lugar de residencia, cuando el estado físico del Asegurado así lo amerite, a efecto de continuar su tratamiento médico.
- Los gastos por la atención médica que se le proporcione al asegurado durante el traslado.

El traslado médico deberá cumplir con los reglamentos de este tipo de transportación y ser autorizado y certificado por un Médico, así como utilizar la ruta más directa, segura y económica.

CUANTÍA MÁXIMA DEL REEMBOLSO

El reembolso que efectúe La Compañía por cada Accidente cubierto, no excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos cubiertos en que incurra por concepto de transportación de emergencia del Asegurado, a consecuencia de un Accidente o de una enfermedad que le ocurra estando de Viaje, fuera de su ciudad habitual de residencia; durante la vigencia de esta cobertura. Se entenderá por traslado médico de emergencia aquél que sea necesario en forma inmediata por la condición médica del Asegurado, para llevarlo desde el lugar en donde se haya accidentado o enfermado hasta el Hospital o Sanatorio más cercano en donde pueda recibir un tratamiento adecuado. En caso de enfermedad, sólo se cubrirán por este contrato los Gastos Médicos realizados por virtud de una Urgencia Médica. Para efectos de esta cobertura se entenderá por Urgencia Médica aquella que ponga en riesgo la vida o integridad física del Asegurado.

GASTOS CUBIERTOS

- Los gastos por concepto de transportación médica del Asegurado en un medio de transporte aéreo, terrestre o acuático desde el lugar en donde le ocurra el Accidente o la enfermedad hasta el Hospital o Sanatorio más cercano para recibir el tratamiento médico.
- Los gastos por transportación médica del Asegurado desde el Hospital o Sanatorio en donde haya recibido el tratamiento médico, hasta su lugar de residencia, cuando el estado físico del Asegurado así lo amerite a efecto de continuar su tratamiento médico.
- Los gastos por la atención médica que se le proporcione al Asegurado durante el traslado.

El traslado médico deberá cumplir con los reglamentos de este tipo de transportación y ser autorizado y certificado por un Médico, así como utilizar la ruta más directa, segura y económica.

CUANTÍA MÁXIMA DEL REEMBOLSO.

El reembolso que efectúe la Compañía por cada Accidente o enfermedad, no excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado la Indemnización Diaria por Hospitalización en el extranjero estipulada en la carátula de la póliza, si el Asegurado es internado por un período mínimo de 24 horas continuas en un Hospital ubicado en un país que no sea el de su residencia, a causa de un Accidente o enfermedad que le

Seguro de Viajes

Condiciones Generales

ocurra durante la vigencia de esta cobertura y encontrándose en ese país. Si en la fecha de inicio de vigencia de la póliza el Asegurado se encuentra hospitalizado o en estado de invalidez, entonces esta cobertura entrará en vigor después de transcurridos 31 días naturales, contados a partir de la fecha de alta de Hospital o en fecha en que haya cesado el estado de invalidez.

La indemnización que proporciona esta cobertura se pagará siempre y cuando la Hospitalización por Accidente o enfermedad resulte de una emergencia en el extranjero, y que dicha Hospitalización sea considerada necesaria por el Médico tratante. Esta indemnización no aplicará en caso de que el Asegurado deje su país de residencia con la intención de recibir atención médica en el extranjero.

PERÍODO DE BENEFICIO

La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización estipulada en la carátula de la póliza, por cada Accidente o enfermedad, durante el tiempo que el Asegurado permanezca Hospitalizado, limitándose el período de beneficio a un máximo de 15 días naturales por evento y a 60 días por año.

COBERTURAS CONCURRENTES

Si el Asegurado tuviere contratadas con la Compañía varias pólizas con coberturas de este tipo, la responsabilidad de la Compañía por todas las coberturas, se limitará como máximo al doble de la Indemnización Diaria establecida en la póliza que otorgue mayores beneficios.

REMBOLSO GASTOS MÉDICOS CON COBERTURA INTERNACIONAL

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los Gastos Médicos cubiertos en que incurra en exceso del Deducible y el Coaseguro, a causa de cada Accidente o enfermedad que ocurra durante la vigencia de esta cobertura. En caso de enfermedad, sólo se cubrirán por este contrato los Gastos Médicos realizados por virtud de una Urgencia Médica. Para efectos de esta cobertura se entenderá por Urgencia Médica aquella que ponga en riesgo la vida o integridad física del Asegurado.

TERRITORIALIDAD

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos que se efectúen en la República Mexicana o en el Extranjero, con sujeción a lo previsto en la cláusula de Territorialidad.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

- Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
- Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de Deducible y de Coaseguro.

El Deducible se aplicará una sola vez por cada Accidente o enfermedad y el porcentaje de Coaseguro se aplicará a los Gastos Médicos cubiertos en exceso del Deducible. En caso de Accidente,

el primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el Accidente.

PERÍODO DE COBERTURA

El reembolso de Gastos Médicos cubiertos, por cada Accidente o enfermedad, se efectuará hasta que se alcance la cuantía máxima de reembolso. En caso de que la póliza no sea renovada, el reembolso de Gastos Médicos cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de cancelación de la póliza, se efectuará por un período máximo de 365 días naturales, contados a partir de la fecha de la primera erogación hecha por el Asegurado o hasta que se haya alcanzado la cuantía máxima de reembolso, lo que ocurra primero.

CUANTÍA MÁXIMA DE REEMBOLSO

El reembolso máximo que efectuará la Compañía, por cada Accidente o enfermedad, no excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.
- El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
- El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
- El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
- El costo por Hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
- El costo por utilización de ambulancia terrestre.
- El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por día con un máximo de 30 días naturales por cada evento.
- El costo por tratamiento de Litotripsia, con un máximo de tres sesiones.
- El costo por consultas médicas con un máximo de una por día y especialidad, exceptuando las consultas postoperatorias.
- El costo por la atención de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto:
 - Intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
 - Los estados de fiebre puerperal.
 - Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
 - Mola Hidatiforme (Embarazo Molar).
 - Operación cesárea, limitándose el reembolso a un máximo de

10 veces el salario mínimo general elevado al mes, vigente en el Distrito Federal, siempre y cuando dicha intervención ocurra después de haber transcurrido diez meses de la inclusión de el Asegurado en la póliza.

l) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización. En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

- 1. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como "check-up".**
- 2. Tratamientos de calvicie, obesidad, esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad y sus complicaciones.**
- 3. Tratamientos dentales alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
- 4. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.**

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CON COBERTURA INTERNACIONAL

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los Gastos Médicos cubiertos en que incurra, a causa de cada Accidente que le ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

TERRITORIALIDAD

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos efectuados en la República Mexicana o en el Extranjero, con sujeción a lo previsto en la cláusula de territorialidad. El primer gasto se deberá de haber efectuado al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el Accidente.

PERÍODO DE COBERTURA

El reembolso de Gastos Médicos cubiertos, por cada Accidente, se efectuará hasta que se alcance la cuantía máxima de reembolso. En caso de que la póliza no sea renovada, el reembolso de Gastos Médicos cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de cancelación de la póliza, se efectuará por un período máximo de 365 días naturales, contados a partir de la fecha de la primera erogación hecha por el Asegurado, o hasta que se haya alcanzado la cuantía máxima de reembolso, lo que ocurra primero.

CUANTÍA MÁXIMA DE REEMBOLSO

El reembolso máximo que efectuará la Compañía por cada Accidente, no excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

- a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
- b) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de Deducible y de Coaseguro.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.
- b) El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
- c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
- d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
- f) El costo por Hospitalización, representado por el uso de habitación, estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
- g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
- h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por día con un máximo de 30 días naturales por cada evento.
- i) El costo por tratamiento de Litotripsia, con un máximo de tres sesiones.
- j) El costo por consultas médicas con un máximo de una por día y especialidad, exceptuando las consultas postoperatorias.
- k) El costo por la atención de la operación cesárea, limitándose el reembolso a un máximo de 10 veces el salario mínimo general elevado al mes, vigente en el Distrito Federal, siempre y cuando dicha intervención ocurra a consecuencia de un Accidente cubierto y después de haber transcurrido diez meses de la inclusión de el Asegurado en la póliza.
- l) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

En todo caso el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como "check-up".
2. Tratamientos de calvicie, obesidad, esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad y sus complicaciones.
3. Tratamientos dentales alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.
4. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los Gastos Médicos cubiertos en que incurra en exceso del Deducible y el Coaseguro, a causa de cada Accidente o enfermedad que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

En caso de enfermedad, sólo se cubrirán por este contrato los Gastos Médicos realizados por virtud de una Urgencia Médica. Para efectos de esta cobertura se entenderá por Urgencia Médica aquella que ponga en riesgo la vida o integridad física del Asegurado.

TERRITORIALIDAD

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos que se efectúen en la República Mexicana.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

- a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
- b) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de Deducible y de Coaseguro.

El Deducible se aplicará una sola vez por cada Accidente o enfermedad y el porcentaje de Coaseguro se aplicará a los Gastos Médicos cubiertos en exceso del Deducible. En caso de Accidente, el primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el Accidente cubierto.

PERIODO DE COBERTURA

El reembolso de Gastos Médicos cubiertos, por cada Accidente o enfermedad, se efectuará hasta que se alcance la cuantía máxima de reembolso. En caso de que la póliza no sea renovada, el reembolso de Gastos Médicos cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de cancelación de la póliza, se efectuará por un período máximo de 365 días naturales, contados a partir de la fecha de la primera erogación hecha por el Asegurado o hasta que se haya alcanzado la cuantía máxima de reembolso, lo que ocurra primero.

CUANTÍA MÁXIMA DE REEMBOLSO

El reembolso máximo que efectuará la Compañía, por cada Accidente o enfermedad, no excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.
- b) El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
- c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
- d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
- f) El costo por Hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
- g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
- h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por día con un máximo de 30 días naturales por cada evento.
- i) El costo por tratamiento de Litotripsia, con un máximo de tres sesiones.

- j) El costo por consultas médicas con un máximo de una por día y especialidad, exceptuando las consultas postoperatorias.
- k) El costo por la atención de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto:
 - a. Intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
 - b. Los estados de fiebre puerperal.
 - c. Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
 - d. Mola Hidatiforme (Embarazo Molar).
 - e. Operación cesárea, limitándose el reembolso a un máximo de 10 veces el salario mínimo general elevado al mes vigente en el Distrito Federal, siempre y cuando dicha intervención ocurra después de haber transcurrido diez meses de la inclusión de el Asegurado en la póliza.
- l) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los Gastos Médicos cubiertos en que incurra, a causa de cada Accidente que le ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

TERRITORIALIDAD

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos efectuados en la República Mexicana. El primer gasto se deberá de haber efectuado al momento de ocurrir el siniestro o dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el Accidente.

PERÍODO DE COBERTURA

El reembolso de Gastos Médicos cubiertos, por cada Accidente, se efectuará hasta que se alcance la cuantía máxima de reembolso. En caso de que la póliza no sea renovada, el reembolso de Gastos Médicos cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de cancelación de la póliza, se efectuará por un período máximo de 365 días naturales, contados a partir de la fecha de la primera erogación hecha por el Asegurado o hasta que se haya alcanzado la cuantía máxima de reembolso, lo que ocurra primero.

CUANTÍA MÁXIMA DE REEMBOLSO

El reembolso máximo que efectuará la Compañía por cada Accidente cubierto, no excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

- a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
- b) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de Deducible y de Coaseguro.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.
- b) El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
- c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de Terapia Intensiva.
- d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
- f) El costo por Hospitalización, representado por el uso de habitación, estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
- g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
- h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por día con un máximo de 30 días naturales por cada evento.
- i) El costo por tratamiento de Litotripsia, con un máximo de tres sesiones.
- j) El costo por consultas médicas con un máximo de una por día y especialidad, exceptuando las consultas postoperatorias.
- k) El costo por la atención de la operación cesárea, limitándose el reembolso a un máximo de 10 veces el salario mínimo general elevado al mes, vigente en el Distrito Federal, siempre y cuando dicha intervención ocurra a consecuencia de un Accidente cubierto y después de haber transcurrido diez meses de la inclusión de el Asegurado en la póliza.
- l) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

En todo caso el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los costos usuales y acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como "check-up".
2. Tratamientos de calvicie, obesidad, esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad y sus complicaciones.
3. Tratamientos dentales alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.
4. Tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.

REEMBOLSO DE GASTOS POR REPATRIACIÓN DE RESTOS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Teniendo como límite la suma asegurada, la Compañía reembolsará los gastos que se describen a continuación, en caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado, estando de Viaje, fuera de su ciudad habitual de residencia, durante la vigencia de ésta cobertura:

- a) Los gastos de transportación de los restos mortales al lugar de residencia del Asegurado.
- b) Los gastos de honorarios médicos, permisos y requisitos legales que sean necesarios a efecto de realizar la transportación de los restos.
- c) Los gastos por embalsamamiento, ataúd y/o cremación.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado la indemnización correspondiente a esta cobertura en caso de ocurrir el robo o extravío de todo el equipaje registrado al viajar con una Empresa Transportista. No se considera pérdida de equipaje la confiscación o expropiación del mismo, por orden de cualquier gobierno o autoridad pública, ni el transporte de contrabando o comercio ilegal.

INDEMNIZACIÓN

Con sujeción al límite de suma asegurada para esta cobertura, la indemnización corresponderá al valor de reposición (lo que cueste reponer) del equipaje registrado ante la Empresa Transportista.

La indemnización se efectuará siempre y cuando:

- a) El robo o el extravío del equipaje ocurra durante la vigencia de la póliza.
- b) La Empresa Transportista certifique por escrito el robo o extravío del equipaje, especificando el número de maletas.

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La indemnización máxima que efectúe la Compañía por el total del equipaje robado o extraviado no excederá de la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza. En caso de que se hubiese pagado una indemnización por demora de equipaje, al amparo de este contrato, el monto de tal indemnización será deducido de la indemnización que corresponda por esta cobertura.

EXCLUSIONES

En adición a las exclusiones contenidas en las condiciones generales, aplicarán a esta cobertura la exclusión siguiente:

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza, cuando el siniestro tenga origen en los siguientes eventos o circunstancias o cuando ocurra en las situaciones o personas que se describen a continuación:

Los daños ni las pérdidas ocurridas a animales, dientes postizos o puentes dentales, dinero, valores o tarjetas de crédito, boletos, documentos, cualquier tipo de cámara, equipo deportivo, materiales e instrumentos de trabajo, objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no registrado con la Empresa Transportista, equipaje confiscado o destruido por aduanas o agencias del gobierno, cualquier vehículo y sus accesorios, excepto bicicletas.

REEMBOLSO POR DEMORA DE EQUIPAJE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado la cantidad que haya gastado en comprar artículos de primera necesidad y que sean necesarios para pasar la noche sin su equipaje, sin exceder de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza para esta cobertura por cada demora del equipaje registrado, si la entrega del equipaje registrado se retrasa más de 24 horas, contadas a partir del momento en que el Asegurado arribe al destino de su Viaje señalado en el boleto correspondiente.

Si posteriormente se determina que el equipaje registrado se ha perdido, cualquier indemnización efectuada por concepto de esta cobertura será reducida de la indemnización correspondiente a la cobertura de pérdida de equipaje contratada o al pago que la Empresa Transportista realice al Asegurado.

La indemnización se efectuará siempre y cuando:

- El retraso del equipaje registrado ocurra durante la vigencia de la póliza.
- El viaje haya sido contratado con una Empresa Transportista y ésta certifique la demora.

INDEMNIZACIÓN POR INTERRUPCIÓN DE VIAJE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cobertura si el Viaje del Asegurado se interrumpe a consecuencia de que el Asegurado, su Acompañante o algún Familiar Cercano del Asegurado, sufra un Accidente o enfermedad, o de que ocurra el fallecimiento de cualquiera de ellos. Para efectos de esta cobertura, por Acompañante se entenderá hasta dos personas que acompañen al Asegurado en el Viaje y que hayan sido debidamente registradas en la Empresa Transportista.

Como Familiar Cercano se entenderá el cónyuge, los hijos, hermanos y padres del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización corresponderá a la cantidad no reembolsable del costo efectivamente pagado por el Asegurado, correspondiente a los servicios de Viaje no utilizados. Asimismo, la Compañía pagará el costo del Viaje del Asegurado al lugar de su residencia, y de ser el caso, el costo del Viaje para que retorne al lugar de interrupción para continuar su Viaje.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- El contrato de seguro que cubra este beneficio esté vigente.
- La interrupción del Viaje ocurra durante la vigencia de la póliza.
- El Viaje haya sido contratado con una Empresa Transportista.
- El costo del Viaje esté pagado y no sea reembolsado por la Empresa Transportista.
- Se presente a la Compañía el certificado médico o acta de defunción correspondiente.

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La indemnización que efectúe la Compañía, por cada interrupción de Viaje, en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

EXCLUSIONES

Las exclusiones descritas en las condiciones generales, aplican tanto para el Asegurado y sus Acompañantes como para los Familiares Cercanos de cualquiera de ellos, en los términos de la definición que aparece en esta cobertura.

INDEMNIZACIÓN POR CANCELACIÓN DE VIAJE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cobertura si el Viaje del Asegurado no se inicia o se cancela a consecuencia de que el Asegurado, su Acompañante o algún Familiar Cercano del Asegurado, sufra un Accidente o enfermedad, o de que ocurra el fallecimiento de cualquiera de ellos.

Para efectos de esta cobertura, por Acompañante se entenderá hasta dos personas que acompañen al Asegurado en el Viaje y que hayan sido debidamente registradas en la Empresa Transportista.

Como Familiar Cercano se entenderá el cónyuge, los hijos, hermanos y padres del Asegurado.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización corresponderá a la cantidad no reembolsable del costo efectivamente pagado por el Asegurado, correspondiente a los servicios de Viaje no utilizados.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- El contrato de seguro que cubra este beneficio esté vigente.
- La cancelación del Viaje ocurra durante la vigencia de la póliza.
- El Viaje haya sido contratado con una Empresa Transportista.
- El costo del Viaje esté pagado y no sea reembolsado por la Empresa Transportista.
- Se presente a la Compañía el certificado médico o acta de defunción correspondiente.

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La indemnización que efectúe la Compañía, por cada cancelación de Viaje, en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

EXCLUSIONES

Las exclusiones descritas en las condiciones generales, aplican tanto para el Asegurado y sus Acompañantes como para los Familiares Cercanos de cualquiera de ellos, en los términos de la definición que aparece en esta cobertura.

REEMBOLSO DE GASTOS ORIGINADOS POR DEMORA DE VIAJE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos en que incurra por concepto de hospedaje y alimentación, cuando dichos gastos resulten a consecuencia de haber ocurrido una demora durante el desarrollo del itinerario de un Viaje y cuando el costo de dichos alimentos y hospedaje no sea solventado por la Empresa Transportista.

Esta cobertura no tendrá efecto cuando la demora de Viaje se deba a causas que se hayan hecho públicas o que se hayan hecho del conocimiento del Asegurado antes de la salida del viaje.

El reembolso se efectuará siempre y cuando:

- La demora ocurra durante la vigencia de ésta cobertura.
- La demora sea mayor de 12 horas continuas y sea originada por huelga, condiciones adversas en el clima, secuestro del vehículo de la Empresa Transportista o falla del vehículo de la Empresa Transportista; que afecten al vehículo o la Empresa Transportista en la cual el Asegurado se encuentre registrado para viajar.
- La Empresa Transportista certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.

PERIODO DE LA COBERTURA

Por cada demora la Compañía reembolsará los gastos en que incurra el Asegurado, por un período máximo de 3 días.

CUANTÍA MÁXIMA DE REEMBOLSO

El reembolso que efectúe la Compañía por cada demora no excederá de la suma asegurada contratada para ésta cobertura.

INDEMNIZACIÓN POR ROBO EN HOTEL

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a esta cobertura en caso de que las pertenencias del Asegurado le sean robadas de la habitación de un hotel o motel, en el que se haya registrado para permanecer durante, por lo menos, una noche.

INDEMNIZACIÓN

La indemnización corresponderá al valor de reposición de los objetos robados, o a su valor depreciado en caso de no haber una referencia del valor de reposición.

La indemnización se efectuará siempre y cuando:

- El robo ocurra durante la vigencia de esta cobertura.
- Existan señales de violencia para acceder a la habitación en donde se haya efectuado el robo.
- El Asegurado efectúe la denuncia correspondiente ante las autoridades de la jurisdicción, dentro de las 24 horas siguientes a que tenga conocimiento de la ocurrencia del robo, presentando una relación de los objetos robados.

DEDUCCIÓN DE INDEMNIZACIÓN

En caso de que el hotel u otras compañías aseguradoras hubiesen efectuado pagos indemnizatorios al Asegurado con motivo del robo, el importe de dichos pagos será deducido de la indemnización al amparo por esta cobertura.

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La indemnización que efectúe la Compañía por cada robo en hotel, en ningún caso excederá la suma asegurada contratada para esta cobertura.

FALTA DE COBERTURA

No están cubiertos los daños ni las pérdidas ocurridas a animales, dientes postizos o puentes dentales, dinero, valores o tarjetas de crédito, boletos, documentos, cualquier tipo de cámara, equipo deportivo, materiales e instrumentos de trabajo, obras u objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no registrado con alguna Empresa Transportista, equipaje confiscado o destruido por aduanas o agencias del gobierno, cualquier vehículo y sus accesorios, excepto bicicletas.