

Al verificarse la eventualidad amparada por alguna de las coberturas que se indican en la carátula de la póliza, Seguros Banamex S.A de C.V., Grupo Financiero Banamex denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el beneficio pactado para dicha cobertura, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y se satisfagan los requisitos estipulados.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Muerte accidental.

Si como consecuencia de un accidente cubierto sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere la muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada contratada por esta cobertura.

Renta mensual por fallecimiento accidental.

La Compañía pagará la renta mensual de esta cobertura durante 12 meses, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo.

Los pagos que por fallecimiento del Beneficiario no hayan sido cubiertos, se liquidarán a su sucesión legal en una sola exhibición, calculada como el valor presente, según las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Pérdidas orgánicas a causa de accidente escala "A".

Si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto, y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas enunciadas enseguida, la Compañía pagará la proporción que se indica de la suma asegurada de esta cobertura:

Tabla de Indemnizaciones Escala "A"

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

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, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura, que aparece reflejada en la carátula de la póliza

En cada aniversario de la póliza, la suma asegurada de esta cobertura específica se reinstalará de forma automática.

Invalidez total y permanente a causa de accidente.

Si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo y hasta que concluya el año póliza en que el asegurado cumpla los 60 años de edad, éste sufre un estado de invalidez total y permanente, la Compañía pagará la suma asegurada estipulada para esta cobertura.

Indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente.

La Compañía pagará la indemnización diaria por hospitalización estipulada, con un deducible de 3 días, si el Asegurado es hospitalizado en un Hospital o Sanatorio a causa de un Accidente que le ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

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 a partir de la fecha en que hayan transcurrido 31 días contados a partir de la fecha de alta del hospital o en la fecha en que haya cesado el estado de invalidez. Tratándose de renovaciones, dicho periodo no aplicará, salvo lo estipulado en los párrafos siguientes.

La Compañía pagará la indemnización Diaria por Hospitalización, por cada Accidente, durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado, limitándose el período de beneficio a un máximo de 180 días.

En el caso de incurrir en hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de beneficio de 180 días.

Agotada la cobertura mencionada en el párrafo anterior, ésta será rehabilitada habiendo transcurrido 12 meses de la fecha de alta de la última hospitalización.

Las indemnizaciones se pagarán siempre y cuando la cobertura se encuentre en vigor al ocurrir el accidente.

El pago de esta cobertura se podrá realizar de la siguiente manera:

- Al finalizar el período de hospitalización o:
- Semanalmente si la hospitalización es mayor de 1 semana. La(s) semana(s) pagada(s) de esta manera, se descontarán de la indemnización final que por hospitalización presente el asegurado.

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

Gastos funerarios. La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si esta contratada y se refleja en la carátula de la póliza, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente o de una enfermedad ocurrida durante la vigencia de la presente póliza.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado por suicidio durante los primeros dos años de vigencia de la póliza, la Compañía sólo estará obligada a devolver la reserva matemática constituida con la prima pagada correspondiente por éste beneficio.

DEFINICIONES

Asegurado. Es la persona cuyo nombre se especifica en la carátula de la póliza y se encuentra amparado bajo el presente contrato.

Beneficiario. Es aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal tiene derecho a recibir la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de beneficiario, se le ha designado.

Accidente. Para efectos de este Contrato se entenderá por accidente aquél acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza, y que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Pérdida orgánica. Por pérdida de un pie, una mano, o de los dedos, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Invalidez total y permanente. Para efectos de este contrato se considerará que existe invalidez Total y Permanente cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente, se halle imposibilitado para procurarse mediante su trabajo habitual un ingreso superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo. Para poder decretar el estado de invalidez se requiere que la invalidez causada por el accidente no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, y que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha en que se realice el diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente.

Este beneficio está condicionado a que el Asegurado reciba antes y al momento de decretarse la invalidez total y permanente, ingresos permanentes por un trabajo remunerado y que no rebase los límites de edad establecidos en la póliza. No se consideran como ingresos permanentes por trabajo remunerado, los derivados de cualquier clase de pensión, arrendamiento, así como los ingresos que obtenga el Asegurado como accionista o propietario de una empresa.

La naturaleza del beneficio de Invalidez Total y Permanente, consistirá en proteger los ingresos que normalmente y por producto de su trabajo percibe el Asegurado, en caso de que estos se reduzcan o dejen de percibirse. Por lo anterior este beneficio no opera si el Asegurado no tiene un decremento en sus ingresos o deja de percibirlos.

También se considerará Invalidez Total y Permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, de las dos manos o de los dos pies, o la pérdida conjunta de una mano completa y un pie, o una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, en estos casos no operará el período de espera de seis meses que contempla el primer párrafo de esta cláusula.

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida de la vista cuando la función del (los) ojo(s) es irreparable y absoluta, por pérdida de una mano, su anquilosis o su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo); y por pérdida de un pie, su anquilosis o su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).

El Asegurado deberá acreditar ante la Compañía su estado de invalidez.

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

Condición médica preexistente. Cualquier condición de salud por la cual el Asegurado haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza.

Hospital o sanatorio. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

Indemnización diaria.	Monto pagadero por cada día de invalidez u hospitalización.
Hospitalización.	Internamiento del Asegurado en un Hospital o Sanatorio por diagnóstico, bajo el cuidado y atención de un médico, por un período mínimo de 24 horas continuas.
Siniestro.	Evento cuya realización origine el pago de una indemnización por parte de la Compañía bajo los términos de esta póliza.

CONDICIONES GENERALES

PRIMAS

Primas. La prima es la que se estipula en el Certificado de Seguro. La prima, o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado. En cada fecha de renovación, la Compañía se reserva el derecho de modificar las primas, aplicando las que se encuentren registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La compañía tendrá derecho a cobrar el recargo anual por póliza que se encuentre registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Período de gracia. El Asegurado gozará de un período de espera de 30 días naturales para liquidar el total de la prima pendiente de pago o de cada una de las fracciones convenidas y vencidas. Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción pactada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de este plazo, y por tanto, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización en caso de siniestro posterior a dicho plazo.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del plazo señalado en el párrafo anterior y si no hubiere sido pagada la prima anual o las fracciones de esta, la Compañía tiene derecho a reducir el importe de la suma asegurada debida al beneficiario.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente al término de dicho período en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.

Pagos. El pago se realizará mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria y periodicidad que el Asegurado haya elegido. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el período de gracia. Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria; falta de saldo o crédito disponible; o cualquier situación similar.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

En caso de pérdida, reposición, clonación u alguna otra causa análoga que origine el cambio en el número de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria, en la cual se carga la prima, el Asegurado dentro de los tres días hábiles al cual se efectúe el cambio mencionado, estará obligado a notificar a la Compañía, para que ésta se encuentre en condiciones de realizar el cargo de la prima correspondiente.

La Compañía tendrá derecho a modificar la prima en cada aniversario de la póliza de acuerdo con la edad alcanzada del asegurado y con base en las tarifas que se encuentren vigentes en ese momento y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima correspondiente a las coberturas contratadas con posterioridad a la fecha de Emisión de la póliza, se sumará a la cantidad de prima originalmente pactada y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

CLÁUSULAS GENERALES

Contrato de seguro. Es aquel en virtud del cual la Compañía mediante la obligación del pago de una prima, pagará una suma en dinero al verificarse la eventualidad prevista y pactada por la Compañía y el asegurado y/o contratante, constituyendo testimonio del mismo, todos aquellos documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurado, como son la póliza, los endosos, y cualquier otro documento adicional entregado por la Compañía o a la Compañía.

Contenido de la póliza. (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Asegurado, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la

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

Modificaciones y Notificaciones.

Cualquier modificación a esta póliza se hará mediante los endosos o cláusulas adicionales que para el efecto se expidan.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito en el domicilio indicado en la carátula de la póliza. Las que la Compañía haga al Contratante o Asegurado se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

Plazo del Seguro.

El plazo del presente contrato será por períodos de un año siendo renovable automáticamente mediante los cargos que se realicen en la cuenta en la que se cobre el seguro, salvo las situaciones estipuladas en el apartado de "Cancelación".

Disputabilidad.

El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable, por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios proporcionados por el Asegurado para la apreciación del riesgo.

En caso de rehabilitación, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por la Compañía. Transcurrido el plazo señalado en los párrafos anteriores, el contrato será indisputable.

Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

Comisión o Compensación Directa.

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.

Competencia.

En caso de controversia, las partes, podrán hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En caso de que el reclamante opte por demandar, a su elección podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción a la que corresponda el domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. En caso de pólizas contratadas en moneda extranjera se conviene que los pagos que el asegurado tenga que hacer a la Compañía o los que ésta haga a aquél por cualquier concepto con motivo de este contrato se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

Edad.

Para efectos de este Contrato, la edad del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga, en la fecha de emisión o renovación de esta póliza. La edad máxima para pertenecer a este plan será de 70 años. La presente póliza no ampara contra riesgo de muerte a personas menores de doce años.

PROCEDIMIENTOS

Beneficiarios.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que éste contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrado, quedando liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios haciendo una designación irrevocable, y lo notifique al Beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía, y se haga constar en la presente póliza como lo previene la Ley.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya designado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

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.

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, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se 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.

Indemnización por mora.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

Cancelación.

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. La terminación anticipada no eximirá a la compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la póliza estuvo en vigor y en su caso la compañía devolverá la prima neta no devengada.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

2. Automática.

- Al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En la fecha de aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.

3. Si el asegurado celebra con la Compañía varios contratos de seguro de este producto, de tal manera que la totalidad de las sumas aseguradas del beneficio de "Muerte Accidental" en conjunto, rebasen la cantidad de 1 millón y medio de pesos o el equivalente en moneda nacional a 150,000 dólares (lo que resulte mayor) conforme al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación para solventar obligaciones denominadas en dólares pagaderos en la República Mexicana, la Compañía dará por terminados uno o más de los contratos celebrados respecto a este producto específicamente, para que sólo queden vigentes uno o más contratos de este producto cuyas sumas aseguradas del beneficio de "Muerte Accidental" en conjunto no rebasen la cantidad de 1 millón y medio de pesos o el equivalente en moneda nacional a 150,000 dólares (lo que resulte mayor) calculados en la forma indicada anteriormente. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima que el asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.

PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

Comprobación del Siniestro.

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Pago del seguro.

La Compañía estará obligada a pagar el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

La Compañía pagará las indemnizaciones por fallecimiento a los Beneficiarios designados previa la comprobación de la muerte del Asegurado deduciendo de la Suma Asegurada cualquier adeudo de prima en el momento de la liquidación final de la póliza.

De conformidad con el art. 44 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía tendrá derecho a compensar de la suma asegurada la prima correspondiente del año póliza en que ocurrió el siniestro.

Las indemnizaciones que se originen por eventos diferentes de fallecimiento serán pagadas al Asegurado.

Aviso. El Asegurado o quien actúe por su cuenta, deberá avisar por escrito lo más pronto posible a la compañía de la ocurrencia de cualquier evento que pueda originar una indemnización en los términos de esta póliza la Invalidez Total y Permanente o en todo caso durante un período no mayor de 5 días después de la ocurrencia del evento, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

Pruebas. Todas las indemnizaciones al amparo de esta póliza, deberán ser reclamadas con las formas que para tal efecto proporcione la Compañía. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen. Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que solicite la Compañía relativas a la realización del siniestro.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Compañía practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta póliza y de la realización del evento, ya sea el Asegurado o cualquier otro de los Beneficiarios quien haya incurrido en las conductas descritas.

EXCLUSIONES

Este contrato no cubre:

1. Accidentes que se originen por participar en:

- a) **Servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, rebelión o insurrección, conflicto o movimiento social armado.**
- b) **La comisión de actos delictivos de carácter intencional en que participe directamente el asegurado, o riña, siempre y cuando el asegurado haya sido el provocador.**

2. Accidentes que se originen por participar en las siguientes actividades:

- c) **Pruebas o contiendas de velocidad o resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- d) **Conducción de motocicletas, motonetas y vehículos de motor similares.**
- e) **Buceo, box, lucha libre, cacería, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, rapel, artes marciales, cualquier tipo de deporte aéreo y en general en la práctica profesional de cualquier deporte.**
- f) **Aviación privada.**

3. Los siguientes eventos:

- g) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado, incluyendo suicidio sin importar el estado físico o mental del Asegurado.**
- h) **Accidentes que se originen debido a que el Asegurado estaba bajo los efectos de algún enervante, estimulante, o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- i) **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo la influencia del alcohol.**
- j) **Envenenamiento, de cualquier origen o naturaleza, que no haya**

ocurrido en forma accidental.

- k) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.
- l) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- m) Enfermedad corporal o mental.
- n) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el Accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, Sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.
- o) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.
- p) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza o de su última rehabilitación.

SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA LAS 24 HORAS DE LOS 365 DIAS DEL AÑO

Envío y pago de ambulancia.	<p>En caso de emergencia por Accidente o enfermedad del Asegurado, se proporcionará el servicio de ambulancia terrestre, sin costo para el Asegurado, para trasladarlo al hospital más cercano y/o adecuado, en territorio Nacional. Dependiendo de las lesiones, se podrá utilizar ambulancia terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias de cada caso, con máximo de 2 eventos por año. Se considera emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.</p> <p>En caso de utilizar los servicios de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se reembolsarán los gastos efectuados hasta el monto que se hubiera pagado por un servicio similar en condiciones de distancia y características de la unidad en Territorio Mexicano.</p>
Ambulancia aérea en caso de emergencia médica. (Reembolso).	<p>Cubre la transportación en ambulancia aérea en territorio nacional una vez por año póliza, si a consecuencia de una emergencia médica, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención. Considerándose como emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos. Dicha emergencia deberá estar avalada por el dictamen de un médico.</p> <p>Este beneficio opera a través de pago por reembolso hasta un máximo estipulado en la carátula de la póliza, con un coaseguro del 20% sobre el monto total erogado.</p>
Referencia de médicos y hospitales.	<p>A solicitud del Asegurado, en Territorio Mexicano, se concertará cita con un médico o en un centro hospitalario. Los honorarios de los médicos y costos hospitalarios correrán a cargo del Asegurado.</p> <p>La responsabilidad de la Compañía se limita a concertar la cita.</p>
PARA HACER USO DE ESTOS SERVICIOS.	<p>Comunicarse a los siguientes teléfonos:</p> <p>En la Ciudad de México: 53 40 35 50 Lada sin costo: (01) 800 581-3979</p> <p>El Asegurado deberá indicar:</p> <ul style="list-style-type: none">Nombre completo.Lugar donde se encuentra.Número de teléfono donde se le pueda contactar.Descripción del problema y tipo de ayuda que se precise.Los datos adicionales que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo. <p>Para solicitar el reembolso de gastos de ambulancia en caso de emergencia en el extranjero, se deberá presentar los comprobantes originales de gastos y el informe del médico tratante. En los mismos teléfonos se informará el domicilio en donde se deberá entregar la documentación.</p> <p>A falta de la notificación a los teléfonos antes mencionados, la Compañía no estará obligada a la prestación del servicio.</p>

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 dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0050-0150-2007 de fecha 28 de marzo de 2007.

CLÁUSULA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN.

Cláusula de Entrega de Información.

La compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal al momento de contratar el Seguro
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto
- 3.- Vía electrónica

Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 1226 80 00 en el D.F., o al 01 800 800 8463 para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.segurosbanamex.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá comunicarse a los teléfonos 1226 80 00 en el D.F., o al 01 800 800 8463 para el resto de la República.

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 dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0050-0089-2009 de fecha 29 de octubre de 2009.