



THONA | seguros

SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES TU ESTRELLA PROTECTORA PLUS

I. Definiciones

A continuación se definen los siguientes conceptos para los efectos, alcances y limitaciones de esta póliza.

1. Accidente

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, mientras se encuentre vigente la cobertura del seguro. No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Asegurado

Es la persona física que goza de los beneficios por los riesgos amparados que se indican en la Carátula de la Póliza.

Motivo: RESP-S0120-0580-2015

3. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

4. Beneficiario

Persona física designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

5. Contratante

Persona con la que se celebra el Contrato de Seguro y es responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

6. Deducible

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La Aseguradora no efectuará reembolsos de gastos médicos con costo inferior al deducible.

7. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Aseguradora y del Contratante y/o Asegurado.

8. Contratación por medios electrónicos.

Cuando la contratación o entrega de información del seguro sea realizada vía internet, vía telefónica o por cualquier otro medio electrónico, el Contratante y/o Asegurado están de acuerdo en que La Aseguradora podrá emplear los siguientes medios de identificación:

- a. Vía telefónica, el medio de identificación serán los datos que se recaben de los Asegurados, el número de póliza y el medio de pago.
- b. Internet, mediante el número de usuario y password proporcionado por La Aseguradora.

El uso de los medios de identificación serán responsabilidad exclusiva del Contratante y/o Asegurado y sustituyen la firma autógrafa en los contratos, produciendo los mismos efectos que las leyes dan a los documentos y en consecuencia tienen el mismo valor probatorio.

9. Periodo de Gracia

Plazo que la Aseguradora concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que proceda el pago en parcialidades.

10. Póliza

Documento emitido por la Aseguradora en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

11. Siniestro

Realización de la eventualidad cubierta prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.

12. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora respecto de cada cobertura y para cada Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las condiciones contenidas en la carátula, endosos, condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

II. Cláusulas Generales

Contrato

Forman parte del contrato de seguro, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Aseguradora en la solicitud de seguro, mismas que han servido de base para clasificar los riesgos, esta póliza, y los endosos que en su caso se emitan, todos ellos documentos que constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado puede 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.

Temporalidad

Este contrato tiene vigencia durante el período de seguro que se indica en la carátula de esta póliza.

Comunicaciones

La Aseguradora enviará al Contratante toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio que él mismo le hubiera dado a conocer por escrito, con lo que bastará para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que el Contratante quiera hacer a la Aseguradora relacionada con el presente Contrato, deberá efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Aseguradora en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma le avise posteriormente por escrito.

Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora y se hace constar mediante Endosos registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otro empleado de la Aseguradora no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, sean por parte del Contratante, Asegurado o la Aseguradora, se realizan en moneda nacional.

Primas

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencen al inicio de cada período pactado.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

- a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Aseguradora le proporcione al Contratante.

Hasta en tanto La Aseguradora no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

- b) Pago directo, en el domicilio de La Aseguradora, contra recibo que ésta última expida.

Los efectos del Contrato cesan automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la primera fracción de prima no pagada o de la fecha de vencimiento de los recibos subsecuentes al primero. En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días de gracia, la Aseguradora deduce de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesan automáticamente todos los efectos del Contrato.

Renovación

La Aseguradora renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. En cada renovación se aplica la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma.

Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad, los años cumplidos que tenga el Asegurado la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

La edad declarada por el Asegurado podrá comprobarse fehacientemente, una sola vez, cuando así lo considere conveniente la Aseguradora.

Una vez efectuada la comprobación, la Aseguradora hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Las edades de admisión para cada una de las coberturas son las siguientes:

Coberturas	Edad de Aceptación	Edad de cancelación
Gastos Funerarios por Accidente	30 días de nacido	11 años cumplidos
Muerte por Accidente	12 años cumplidos	84 años cumplidos
Pérdidas Orgánicas por Accidente	30 días de nacido	84 años cumplidos
Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	84 años cumplidos
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente	30 días de nacido	84 años cumplidos

En las coberturas de muerte, para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada limitada, establecida en la carátula de la póliza.

Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Aseguradora para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Aseguradora, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Aseguradora y conste en la presente Póliza.

Falta de Designación

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

Interés Moratorio

Si la Aseguradora no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, que a la letra dicen:

***“Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”*

***“ARTÍCULO 276.-** Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:*

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora

En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

IX. *Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.*

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán 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.

Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora 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 Aseguradora 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.

Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos. Los plazos se contarán en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

Pago de Reclamaciones

Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

En caso de falta de este aviso, la Aseguradora está facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

Además de las formas de declaración que la Aseguradora proporcione al reclamante, éste tiene la obligación de presentar a la Aseguradora, todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella: comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.

La Aseguradora se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la Aseguradora de cualquier obligación.

Cualquier prima vencida y no pagada es deducida de la indemnización que proceda.

La Aseguradora paga al Asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la procedencia de la reclamación.

Liquidación

La Aseguradora liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

En el caso de la cobertura de pago de gastos médicos por accidente de trabajo, la liquidación puede ser, a elección del Asegurado:

a) Pago Directo:

Beneficio mediante el cual La Aseguradora coordina y paga directamente al hospital y/o al médico con el cual se ha celebrado convenio, por servicios médicos prestados a los Asegurados de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la cobertura reclamada.

La Aseguradora hará su mejor esfuerzo, pero no se obliga a proporcionar el pago directo, cuando el país o ciudad al que el Asegurado viaje o se encuentre al momento del accidente, esté en estado de emergencia que por su importancia no permita el acceso de los prestadores de servicios.

b) Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La Aseguradora reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el deducible correspondiente.

Todas las indemnizaciones vía Reembolso cubiertas por La Aseguradora serán liquidadas al Asegurado afectado, al Contratante, al Asegurado Titular o a quien acredite haber realizado el gasto. Todos los comprobantes deberán ser en originales y nunca en copias fotostáticas o recibos provisionales, en los cuales deberá constar el nombre del Asegurado afectado.

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, etc. Prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes.

Los honorarios de médicos que estén en convenio con La Aseguradora, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.

Para los médicos que no están en convenio con La Aseguradora, los honorarios serán cubiertos con base al gasto usual y acostumbrado, entendiendo por esto aquel que no exceda de la cantidad que para un servicio igual sería cubierto a través de los proveedores de servicios médicos de La Aseguradora.

Otros Seguros.

Si al momento de la reclamación, las coberturas otorgadas por esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otra compañía de seguros, el Asegurado no podrá recibir más del cien por ciento de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

III. COBERTURAS

En todas las coberturas, el límite de responsabilidad de la Aseguradora es hasta por el límite de la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza.

Coberturas por Fallecimiento

Muerte por Accidente

La Aseguradora paga al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. La edad mínima de aceptación para esta cobertura es 12 años.

Gastos Funerarios por Accidente

La Aseguradora paga al asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. La edad de aceptación para esta cobertura es de 30 de nacidos a los 84 años de edad cumplidos.

Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente

El contratante tendrá la opción de elegir entre la Escala A o la Escala B, lo cual se hará constar en la carátula de la póliza

a) Escala A.

La Aseguradora paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Escala A

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %

La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

b) Escala B

La Aseguradora paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Escala B

Pérdidas Orgánicas	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %

Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

Cobertura de Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente.

Si el asegurado es hospitalizado a consecuencia de un Accidente, y su estancia en el hospital se prolonga por más de dos días continuos, la aseguradora pagará al Asegurado a partir del tercer día que éste permanezca hospitalizado, la suma de dinero establecida en la carátula de la póliza, hasta por el número de días que en la misma se señalen.

La Aseguradora tendrá derecho de verificar la estadía del Asegurado en el hospital y solicitar los informes al Asegurado o persona responsable así como a los médicos y personal administrativo del hospital, a fin de comprobar la existencia del siniestro.

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente, durante la vigencia de la cobertura.

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. No se considera accidente el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio Asegurado.

La Aseguradora pagará previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, los gastos médicos hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que los gastos inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente, éste ocurra durante la práctica del asegurado en una actividad deportiva, y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Aseguradora.

Subrogación

En caso de que el Asegurado sufra un daño cubierto por la póliza a consecuencia de un tercero, La Aseguradora tiene la facultad de recuperar de éste hasta la cantidad pagada por concepto de la(s) cobertura(s) del Contrato de Seguro.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o el Beneficiario tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien, si son civilmente responsables de la misma.

Si La Aseguradora lo solicita, a costa de la misma el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

Responsabilidad

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado y/o Beneficiario al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o Beneficiario con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado y/o Beneficiario, por lo que La Aseguradora no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

EXCLUSIONES

El contrato de seguro no cubre lo siguiente:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o**

manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.

c) Cualquier forma de navegación submarina.

d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.

e) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.

f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente como aquellos padecimientos que hayan sido diagnosticados por un médico antes del inicio de vigencia de la póliza.

g) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.

h) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.

i) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

j) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.

k) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

l) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.

m) Gastos o donativos que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

Salvo pacto en contrario, Accidentes que se originen por participar en actividades como:

n) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.

o) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

p) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.

q) Práctica profesional de cualquier deporte.

r) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky, parapente.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de Agosto de 2015, con el número CNSF-S0120-0283-2013/CONDUSEF-001369-01.

El número de registro que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: CONDUSEF-001369-01.