Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20
Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo,
Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 Tel. 555284-0705
https://zam.zurich.com.mx/

Póliza de Seguro de Accidentes Personales Colectivo

Contratante		
JOURNEY THE APP SAPI DE CV	Póliza:	220001039
Domicilio		
XEL-HA - 12 COL. SUPERMANZANA 28, C.P. 77509 BENITO JUAREZ, QUINTANA ROO, MEXICO	Agente:	3607
	Oficina:	Matriz
	No. de Orden:	81388494

Colectividad Asegurable	No. de Participantes	Seguro Contributorio
ACTIVIDADES DEPORTIVAS REPORTADOS POR EL CONTRATANTE	1	SI

Fecha de Emisión	Vigencia		Forma de Pago	Moneda
	Desde 12 hrs. del día	Hasta 12 hrs. del día		
29/11/2022	01/11/2022	01/11/2023	CONTADO	NACIONAL

Experiencia de la Colectividad	Participación de los Dividendos
GENERAL	NO

Regla para determinar la Suma Asegurada*	Límites de Edad de Admisión*
SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES	Edad minima: S.P.C. , Edad maxima: S.P.C.

Coberturas Contratadas *S.P.C.: Según Plan Contratado

PÉRDIDAS ORGÁNICAS A, PÉRDIDAS ORGÁNICAS B, REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE, MUERTE ACCIDENTAL

	Prima Neta	Recargo	Gastos Expedición	I.V.A.	Prima Total
Prima por el Período	$ 0.01	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
1ra. Exhibición	$ 0.01	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Exhibiciones Posteriores	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00

UNIDAD ESPECIALIZADA (UNE) DE ZURICH		DATOS DE LA CONDUSEF	
Domicilio Oficina Matriz	Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P.53390	Domicilio de Oficinas Centrales	Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100
		Teléfono:	(55) 5448 7000
Teléfono	55 5284 1103 y 800 0800 009	Teléfonos Interior de la República	01 800 999 8080
Horario de atención	Lunes a jueves de 09:00 a 17:30 h, viernes de 09:00 a 15:00 h	Página Web	www.condusef.gob.mx
Correo Electrónico	unidad.especializada@mx.zurich.com	REFERENCIAS	
Página Web	https://zam.zurich.com.mx	Las abreviaturas de uso no común mencionadas en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultadas en:	https://zam.zurich.com.mx/es-mx/referencias

Con el objeto de que el Asegurado conozca el Seguro adquirido, podrá consultar las coberturas contratadas en la carátula o especificación, así como las exclusiones y restricciones de la póliza en las Condiciones Particulares, Generales, Especificaciones y Endosos que forman parte integrante de este Contrato; asimismo puede consultarlas en la página https://zam.zurich.com.mx/

La COMPAÑÍA expedirá y enviará al CONTRATANTE, para que éste los entregue a los Asegurados, los Certificados Individuales; en caso de tratarse de una póliza Autoadministrada será obligación del CONTRATANTE entregar el Certificado Individual. En todos los casos, el ASEGURADO podrá solicitar a la COMPAÑÍA la Póliza o el Certificado correspondiente.

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V.cubre a todos los miembros del grupo asegurado y pagará a los beneficiarios designados por el asegurado la suma asegurada que corresponda, conforme a lo establecido en esta póliza y sus Condiciones Generales, Particulares, Especificaciones y Endosos. El pago se hará cuando ZAM reciba pruebas de la realización del evento cubierto al asegurado, siempre y cuando esta póliza y el certificado correspondiente se encuentren en vigor al momento del siniestro.

En testimonio de lo cual, ZAM firma la presente póliza en la ciudad de México, a los 29 días del mes de NOVIEMBRE del 2022

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 CNSF-S0037-1012-2010 de fecha 17 DE ENERO DEL 2011, con el número CONDUSEF-002893-01 y modificadas con el Registro Especial RESP-S0037-0368-2015 de fecha 8 de abril de 2015

Número de Registro en el RECAS otorgado por la CONDUSEF-002893-01

Firma Autorizada

CONDICIONES GENERALES

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO EXPERIENCIA GENERAL O DE MERCADO

CONDICIONES GENERALES

I. CLÁUSULAS GENERALES

1ª: DEFINICIONES.

2ª: CONTRATO.

3ª: COLECTIVIDAD ASEGURABLE.

4ª: COLECTIVIDAD ASEGURADA.

5ª: INGRESOS POSTERIORES A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

6ª: OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.

7ª: MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

8ª: CAMBIO DE CONTRATANTE.

9ª: OCUPACIÒN.

10ª: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

11ª: CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

12ª: REGISTRO DE ASEGURADOS.

13ª: REPORTE DE MOVIMIENTOS.

14ª: DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD.

15ª: CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS.

16ª: SUMA ASEGURADA.

17ª: AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA.

18ª: PRIMA.

19ª: RENOVACIÓN.

20ª: REHABILITACION.

21ª: RECLAMACIONES.

22ª: INDEMNIZACIÓN.

23ª: EDAD.

24ª: PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

25ª: OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE:

26ª: COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

27ª: INDEMNIZACIÓN POR MORA.

28ª: VIGENCIA.

29ª: PRESCRIPCIÓN.

30ª: MONEDA.

31ª: COMPETENCIA.

32ª: COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR S-8.3.2)

II.- COBERTURAS.

1: BÁSICA POR MUERTE ACCIDENTAL.

2: COBERTURAS ADICIONALES.

2.1. ADICIONAL POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS.
2.1.1 TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “A”.
2.1.2. TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS “B”.

2.2 ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD: .
2.2.1: INCAPACIDAD TOTAL.
2.2.2: INCAPACIDAD PARCIAL.
2.2.3. PRUEBAS PARA COMPROBAR EL ESTADO DE INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL.

2.3: ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS.

3: EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS.

I. CLÁUSULAS GENERALES

1ª: DEFINICIONES. Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro.
CONTRATANTE. A la persona física o moral que celebre el contrato de Seguro Colectivo con la COMPAÑÍA;
ASEGURADO. Cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA, sujeto a los riesgos amparados por la póliza respectiva.
ASEGURADORA Y/O COMPAÑÍA. Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.
INTEGRANTE. A cualquier persona que forme parte de la COLECTIVIDAD ASEGURADA;
CERTIFICADO. A los certificados individuales de seguro colectivo;
DIVIDENDOS. Al monto que corresponda al CONTRATANTE o al ASEGURADO, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, en pólizas con participación de beneficios por utilidades realizadas;
COLECTIVIDAD. A cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro;
SEGURO COLECTIVO. Al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a una Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades prevista en los artículos 7o., fracción II y 8o., fracciones III, IV y V de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
BENEFICIARIOS. Las personas que reciban el BENEFICIO amparado por las diferentes coberturas contratadas, en caso de la realización del siniestro.
BENEFICIO. Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza.
REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO: Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
ACCIDENTE. Se entiende por ACCIDENTE aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del ASEGURADO, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza y que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente y como consecuencia del mismo. No se considerarán ACCIDENTES las lesiones intencionalmente causadas por el ASEGURADO.
DEDUCIBLE. Es la suma de dinero o porcentaje que se establece en la póliza de seguro como no indemnizable por la Compañía, siendo el límite mínimo que debe rebasar la reclamación para que pueda ser sujeta de una Indemnización por parte de la Compañía. Se aplica exclusivamente a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.
ENDOSO: Documento que modifica: bases, términos y condiciones de la póliza; y forma parte integrante de ésta última.

2ª: CONTRATO. Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados anexo, los consentimientos, certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, el cual sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del CONTRATANTE, y un endoso autorizado por la COMPAÑÍA.

3ª: COLECTIVIDAD ASEGURABLE. Está constituido por el conjunto de personas que pertenezcan a la Colectividad que represente el CONTRATANTE y cuyas características se mencionan en la carátula de la póliza, siempre que reúna los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo.

4ª: COLECTIVIDAD ASEGURADA. Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la COMPAÑÍA por conducto del CONTRATANTE, su

correspondiente consentimiento individual para ser incluidos en la póliza, y han sido aceptados por la COMPAÑÍA.

5ª: INGRESOS POSTERIORES A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA. Las personas que ingresen a la COLECTIVIDAD ASEGURADA con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la COLECTIVIDAD ASEGURADA de que se trate.

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

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

6ª: OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES. EL CONTRATANTE y LOS ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a LA COMPAÑÍA, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a LA COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Las respuestas del ASEGURADO a su cuestionario respectivo no han sido consideradas para la selección de riesgo, ya que el contrato se suscribe sin examen médico, sin embargo, el ASEGURADO se encuentra obligado a responder dicho cuestionario en forma fidedigna, toda vez que cualquier omisión o inexacta declaración en el mismo, lo hará disputable.

7ª: MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito mediante endoso o cláusula adicional, y sean hechas por funcionarios de LA COMPAÑÍA autorizados expresamente para ello y cuenten con el registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Todas las notificaciones del CONTRATANTE o de los ASEGURADOS a LA COMPAÑÍA deberán hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, el cual se indica en la carátula de la póliza. En consecuencia, queda entendido que los agentes de la COMPAÑÍA no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la COMPAÑÍA los autorice especialmente para ello; en este caso, se dará aviso oportuno al CONTRATANTE, de dicha autorización.

“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 se reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.” Articulo 25 de la ley sobre el contrato de seguro. Este derecho se hace extensivo al CONTRATANTE.

8ª: CAMBIO DE CONTRATANTE. Cuando hay un cambio de CONTRATANTE en los seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la COMPAÑÍA podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo CONTRATANTE. En

cualquier caso, la COMPAÑÍA reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo.

9ª: OCUPACIÓN. Si el ASEGURADO cambia de ocupación, deberá avisar inmediatamente por escrito a LA COMPAÑÍA, quien estará facultada para rescindir el contrato o para extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicho cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.
Si el Asegurado no avisa por escrito del cambio de ocupación, la COMPAÑÍA, en caso de siniestro, únicamente deberá devolver la prima no devengada correspondiente a ese ASEGURADO, quedando liberada de cualquier obligación.

10ª: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. En la designación de Beneficiarios se aplicará lo siguiente:

- **a)** Cada miembro de la COLECTIVIDAD ASEGURADA es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo consentimiento individual.
- **b)** En cualquier momento, el ASEGURADO podrá revocar la designación de BENEFICIARIOS, dando aviso por escrito a LA COMPAÑÍA, sobre su decisión y remitirá su Certificado para la anotación correspondiente.
- **c)** En caso de que el ASEGURADO haya notificado uno o más cambios de BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA solo tomará en cuenta el último del que haya tenido conocimiento expreso.
- **d)** Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la COMPAÑÍA paga el importe del seguro al último beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- **e)** El derecho de revocación cesará cuando el ASEGURADO haga renuncia de él, haciéndolo constar en el CERTIFICADO correspondiente, comunicándolo al beneficiario y a LA COMPAÑÍA por escrito.
- **f)** Los BENEFICIARIOS designados tendrán acción directa para cobrar a LA COMPAÑÍA la Suma Asegurada que les corresponda, de acuerdo a las reglas establecidas en el contrato.

11ª: CERTIFICADOS INDIVIDUALES. La COMPAÑÍA expedirá y enviará al CONTRATANTE, para que éste los entregue a los ASEGURADOS, certificados individuales que expresarán los siguientes datos:
a) Nombre, teléfono y domicilio de la COMPAÑÍA
b) Firma del funcionario autorizado de la COMPAÑÍA;
c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
d) Nombre del CONTRATANTE;
e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del ASEGURADO;
f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
i) La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo.
j) En el caso de los seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento de Seguro de Grupo.
En todos los casos, el ASEGURADO podrá solicitar a la COMPAÑÍA el Certificado correspondiente.

12ª: REGISTRO DE ASEGURADOS. La COMPAÑÍA llevará un Registro de Asegurados en el que consten por lo menos, los siguiente datos: Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo; Suma asegurada o regla para determinarla; Fecha de entrada en vigor del

seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo; Operación y plan de seguros de que se trate; Número de Certificado individual; Coberturas amparadas. A solicitud del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA deberá entregarle copia de este registro.

13ª: REPORTE DE MOVIMIENTOS. EL CONTRATANTE debe de reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento y disminución de beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha que ocurran, salvo convenio específico.
Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de LA COMPAÑÍA, conforme a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten.
Las personas que se separen definitivamente de la COLECTIVIDAD ASEGURADA dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta póliza, dejado de pertenecer a la COLECTIVIDAD ASEGURADA, y los BENEFICIOS para ellas cesarán desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la COMPAÑÍA restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

14ª: DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD. Únicamente cuando el Seguro Colectivo contratado tenga por objeto otorgar una Prestación Laboral, a cargo del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA otorga al miembro que se separe definitivamente de la COLECTIVIDAD ASEGURADA el derecho de Conversión a una póliza de Accidentes Personales individual con las siguientes características:
La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada de la cartera individual de LA COMPAÑÍA, considerando la edad alcanzada del ASEGURADO al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la LA COMPAÑÍA la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.
Para ejercer este derecho, la persona separada de la Colectividad deberá presentar su solicitud a LA COMPAÑÍA dentro de los 30 días naturales a partir de su separación.

15ª: CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS. Los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro de la COLECTIVIDAD ASEGURADA no cubra al CONTRATANTE la parte de la prima que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo a LA COMPAÑÍA.

16ª: SUMA ASEGURADA. Es el límite máximo de Responsabilidad de LA COMPAÑÍA por cada Asegurado y para cada Cobertura, a consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, endosos, condiciones generales y especiales de la póliza.

17ª: AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA. Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la pactada o con la regla para determinarla, LA COMPAÑÍA, pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la suma asegurada pactada o regla para determinarla. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, LA COMPAÑÍA por su propio derecho, o a la solicitud del CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, substituyendo el Certificado.
En uno u otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

18ª PRIMA. La prima a cargo del ASEGURADO se regirá conforme a las siguientes reglas:

a) La prima de la COLECTIVIDAD ASEGURADA deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada una de los ASEGURADOS, de acuerdo con su edad, ocupación y Sumas Aseguradas de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.

b) La prima vence en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año. Para los efectos de este contrato se entenderá como fecha de celebración del contrato la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza.

c) La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el CONTRATANTE ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA a la fecha de celebración del contrato.

d) El CONTRATANTE gozará de un periodo de espera, o plazo de gracia, de 30 días naturales contados a partir del vencimiento de la prima, para liquidar la prima o la primera fracción de ella. En cuanto a las fracciones subsecuentes, deberán pagarse en la misma fecha de su vencimiento.

e) Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día del período de espera, si el ASEGURADO no hubiese cubierto el total de la prima o de su primera fracción pactada.
En caso de pago en parcialidades, si el ASEGURADO no cubre una de las primas subsecuentes, en la misma fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) de ese mismo día.
Las horas señaladas en este inciso serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las pólizas de seguro correspondientes.

f) La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente.

g) En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, la Compañía podrá deducir 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 periodo de seguro contratado.

h) La obligación del pago de primas será del CONTRATANTE..

i) En caso de alta o baja de ASEGURADOS, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, LA COMPAÑÍA cobrará o devolverá al CONTRATANTE la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

19ª: RENOVACIÓN. La COMPAÑÍA podrá renovar el Contrato de Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.
.
Es indispensable también que el CONTRATANTE solicite dicha renovación a más tardar dentro de los 30 días anteriores a la terminación de vigencia del contrato anterior.

20ª: REHABILITACION. No obstante lo dispuesto en la cláusula **18a PRIMA**, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

a) La CONTRATANTE, deberá solicitar por escrito la REHABILITACIÓN dentro de los 30 días siguientes al momento en que cesó sus efectos el contrato por falta de pago de primas, en términos de lo dispuesto por la cláusula 18ª.

b) Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación la Colectividad deberá reunir el requisito de número de miembros pactado en la carátula de la póliza y los requisitos que señala el Reglamento del Seguro de Grupo.

c) El CONTRATANTE, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la COMPAÑÍA el importe de la prima o primas vencidas.

d) La CONTRATANTE, en caso de considerarlo procedente, emitirá el Endoso de Rehabilitación, señalando el día y hora a partir del cual surtirá efectos la misma..

e) El lapso comprendido entre el momento en que el contrato cesó en sus efectos por falta de pago de primas y el momento en que se rehabilite a través del endoso respectivo, se considerará periodo al descubierto y en ningún caso la Compañía responderá por un siniestro ocurrido durante el mismo.

21ª: RECLAMACIONES. Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a LA COMPAÑÍA, dentro de los 5 días siguientes a su realización.
El reclamante, a su costo, presentará a LA COMPAÑÍA, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genere, en su caso, la obligación y el derecho de quien solicite el pago.
LA COMPAÑÍA, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costo, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del CONTRATANTE, del ASEGURADO, o de sus BENEFICIARIOS para que se lleve a cabo esa comprobación, dará derecho a LA COMPAÑÍA a rechazar la reclamación presentada por el reclamante:

22ª: INDEMNIZACIÓN. En caso de ser procedente el siniestro, LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.
Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al CONTRATANTE a reintegrar el pago a LA COMPAÑÍA.

23ª: EDAD. Los límites de edades de admisión fijados por la Compañía se establecen en la carátula de la póliza. Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del ASEGURADO, pero ésta se encuentra en los límites de edad admitidos, LA COMPAÑÍA pagará la SUMA ASEGURADA pactada.
Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro de la Colectividad se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del ASEGURADO y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, el seguro respectivo quedará en vigor por la misma suma asegurada..
Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la COMPAÑÍA no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. En caso de que la edad real en la fecha de la renovación de la póliza se encuentre fuera de los límites de admisión, será nulo el seguro correspondiente a dicho ASEGURADO, quedando liberada la COMPAÑÍA de toda responsabilidad.

24ª: PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES. El CONTRATANTE y el ASEGURADO, en su caso, podrán o no participar de la utilidad que obtenga la Compañía por concepto de siniestralidad favorable, debiendo establecerse en la póliza cualquiera de las siguientes opciones:

1. **Experiencia Global :** La participación en las utilidades se otorga en base a la Experiencia total de la Cartera de LA COMPAÑÍA.
2. **Utilidad en rendimientos financieros.:** La participación en las utilidades podrá calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre el rendimiento obtenido por las inversiones que respaldan las reservas técnicas de LA COMPAÑÍA y la tasa de rendimiento esperada contenida en la nota técnica respectiva

3. **Sin Participación de Utilidades.** Esto significa que la CONTRATANTE no participará de la utilidad por siniestralidad favorable.

Para el cálculo y pago de los Dividendos se aplicará lo siguiente:

a) Los Dividendos, (con excepción de los dividendos por utilidad en rendimientos financieros) sólo podrán calcularse con base en el porcentaje pactado de la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos y se determinarán de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica de este producto registrada ante la Comisión y lo previsto por el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Grupo.

b) Los siniestros ocurridos y no reportados no se compensarán para la determinación de dividendos, salvo pacto en contrario, por escrito, entre la CONTRATANTE y la COMPAÑÍA.

c) La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente: En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente;
El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas anteriormente, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

d) Los dividendos por utilidad en rendimientos financieros sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre el rendimiento obtenido por las inversiones que respaldan las reservas técnicas y la tasa de rendimiento esperada contenida en la nota técnica respectiva. El procedimiento de cálculo de estos Dividendos se regirá por lo previsto en la nota técnica de este producto registrada ante la Comisión y lo establecido por el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Grupo

e) Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos

25ª: OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE: Es obligación de la CONTRATANTE, informar o entregar a la COMPAÑÍA lo siguiente:

a) Si el objeto del contrato de Seguro Colectivo es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo de la CONTRATANTE, deberá informarlo en la solicitud de seguro.

b) Los consentimientos respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.

c) El ingreso a la Colectividad de integrantes nuevos,

d) La separación definitiva de Integrantes de la COLECTIVIDAD ASEGURADA;

e) Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y

f) Los nuevos consentimientos de los ASEGURADOS cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas.

La información y/o documentación deberá proporcionarse a la COMPAÑÍA, por escrito, dentro del término de quince días naturales contados a partir de que se realice el evento que les de origen.
En caso de que la CONTRATANTE omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada no surtirán efecto los ingresos, cambios o modificaciones que se pretendan.

26ª COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de exigir al CONTRATANTE, ASEGURADO y/o Beneficiario toda clase de información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que el ASEGURADO y/o Beneficiario deben proporcionar a la COMPAÑÍA, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro.

Las obligaciones de LA COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación o información de que trata el párrafo anterior.

27ª: INDEMNIZACIÓN POR MORA. En caso de mora, la COMPAÑÍA de Seguros deberá pagar al ASEGURADO o Beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

28ª: VIGENCIA. La Vigencia de la póliza se inicia y concluye a las 12.00 hrs (mediodía) de las fechas especificadas como inicio y conclusión de vigencia en la carátula de la póliza.

29ª: PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán: en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento; en dos años, en los demás casos.
En todos los casos, los plazos serán contados 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 peritos con motivo de la realización del siniestro y por las que establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

30ª: MONEDA. Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago.

31ª: COMPETENCIA. En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, por escrito o por cualquier otro medio, en la Unidad Especializada 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, 65 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 suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la COMPAÑÍA a satisfacer las pretensiones del reclamante.
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.

32. COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR S-8.3.2) “Durante la vigencia de la póliza la CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA 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.”

II.- COBERTURAS. Las coberturas que se describen a continuación se encuentran sujetas a lo pactado en las Condiciones Generales de la póliza:

1 BÁSICA POR MUERTE ACCIDENTAL. LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados, la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un ACCIDENTE, mientras esta póliza se encuentre en vigor y el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes.

2 COBERTURAS ADICIONALES. Durante la vigencia de ésta póliza, la CONTRATANTE y/o los miembros de la COLECTIVIDAD ASEGURADA a quienes se les otorgue, podrán complementar su protección a través de las Coberturas Adicionales, las cuales operarán únicamente cuando se encuentren expresamente mencionadas como amparadas en la Carátula.

Las Coberturas Adicionales que pueden ser contratadas son las siguientes:

- **ADICIONAL POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS**
- **ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR**
  - **-INCAPACIDAD TOTAL**
  - **-INCAPACIDAD PARCIAL**
- **ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

2.1 ADICIONAL POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS: si a consecuencia de un accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas enunciadas más adelante, la COMPAÑÍA pagará el porcentaje de la suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la Tabla de Pérdidas Orgánicas "A" o "B", según se haya contratado y se indique en la carátula de la póliza.

2.1.1 TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "A". En las Coberturas de Pérdidas Orgánicas se aplicará la siguiente escala cuando se haya contratado la TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "A". y se indique así en la carátula de la póliza.

Escala A	
Pérdidas Orgánicas	**Porcentaje de suma asegurada**
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 y meñique	5%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

- por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

- por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.
- por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo;

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

2.1.2 TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "B". En las Coberturas de Pérdidas Orgánicas se aplicará la siguiente escala cuando se haya contratado la TABLA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS "B". y se indique así en la carátula de la póliza.

Escala B	
Pérdidas Orgánicas	**Porcentaje de la Suma Asegurada**
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%
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
3 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 la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

- por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.
- por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo;
- por sordera en ambos oídos, la pérdida completa e irreparable de la función auditiva de los dos oídos

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la COMPAÑÍA pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

2.2. ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD:

2.2.1: INCAPACIDAD TOTAL. Si a consecuencia de un Accidente Cubierto e independientemente de cualquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, sufriera una incapacidad total, dictaminada por un médico, para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación habitual, y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio, hospital o en su domicilio, la Compañía pagará la indemnización diaria estipulada en la carátula de esta Póliza, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, hasta por un Período que no excederá de 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas consignadas en la Cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía pagará además las sumas aseguradas contratadas para la muerte o las pérdidas orgánicas.

2.2.2 INCAPACIDAD PARCIAL. Si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo o inmediatamente después de un período de Incapacidad Total cubierta según el numeral anterior, el Asegurado sufriera una incapacidad parcial, dictaminada por un médico, para desempeñar una o más labores diarias propias de su ocupación habitual, la Compañía pagará el 40% de la Indemnización diaria pactada para la Incapacidad Total mientras subsista la incapacidad, pero sin que el Período de Pago exceda de 182 (ciento ochenta y dos) días consecutivos contados desde la fecha del accidente.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad parcial y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas consignadas en las Secciones de Cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía pagará además las sumas aseguradas contratadas para la muerte o las pérdidas orgánicas.

2.2.3 PRUEBAS PARA COMPROBAR EL ESTADO DE INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL. Para que la Compañía conceda el pago de la indemnización correspondiente, el ASEGURADO deberá presentar a la misma pruebas de su estado de incapacidad total o parcial, mismas que deberán ser confirmadas por un médico nombrado por la Compañía.

La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, exigir que se le compruebe, a su costa, la existencia y/o persistencia del estado de incapacidad total o parcial, mediante la designación de un médico que efectuará una revisión del estado físico y mental del ASEGURADO, quien deberá someterse a estos

exámenes, a solicitud de la COMPAÑÍA, al solicitar el beneficio o durante el tiempo en que se encuentre gozando del mismo.
En caso de que el ASEGURADO se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le imponen las presentes coberturas de incapacidad.

2.3 ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS. La Compañía le reembolsará al Asegurado los gastos en que éste incurra, hasta la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse, consumir medicamentos, o hacer uso de los servicios de médico, enfermera o ambulancia. Esta indemnización, si esta contratada, será independiente de las otras a que tuviere derecho.

Esta cobertura se sujeta a lo siguiente:

1) La Compañía sólo pagará los servicios médicos que sean proporcionados por instituciones o por personas físicas o morales autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad y que no sean familiares o socios del ASEGURADO. El ASEGURADO deberá entregar a la COMPAÑÌA recibos o facturas con los requisitos fiscales respectivos.
2) Los medicamentos y análisis clínicos o de gabinete deben ser prescritos por un médico, por lo que, al solicitar el reembolso, el ASEGURADO deberá presentar las recetas, órdenes medicas y los resultados de los análisis respectivos.
3) Los gastos que resulten de prótesis dental y ambulancia serán cubiertas hasta un límite de 15% y 5% respectivamente, de la Suma Asegurada de esta Cobertura.
4) La responsabilidad de la Compañía por uno o más eventos, en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
5) No se cubren gastos de acompañante, de lujo o recreativos.
6) En caso de que el Asegurado tuviera esta Cobertura amparada en todo o en parte por otros seguros, en ésta o en otras Compañías, el reembolso pagadero en total por todas las Pólizas no excederá a los gastos incurridos, los que se liquidarán en forma proporcional a los beneficios contratados en cada Póliza.
7) La Suma Asegurada para esta cobertura será por accidente cubierto, por lo que la responsabilidad de la Compañía finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados cuando:
a) Se agote la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura, ó;
b) Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza, ó;
c) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones.
Lo que ocurra primero.
8) Los límites establecidos para el pago de los beneficios asegurados se aplicarán por cada accidente, siempre que sea diferente y no tenga relación ni dependencia entre sí con cualquier otro.

3. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS. La Cobertura por Muerte Accidental y las Adicionales que hayan sido contratadas quedarán excluidas cuando se originen por o sean consecuencia de:

a) Suicidio, lesiones o padecimientos provocados intencionalmente por el propio ASEGURADO aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.

b) Lesiones o accidentes provocados por culpa grave del ASEGURADO, como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol o de alguna droga o estimulante, estos últimos excepto si fueron prescritos por un médico.
c) Lesiones causadas en Riña siempre que el ASEGURADO hubiere sido el provocador.
d) La participación directa del ASEGURADO en actos delictivos intencionales.
e) Abuso de estupefacientes o psicotrópicos, entendiéndose por ellos, las sustancias y vegetales que determina la legislación sanitaria vigente.
f) Un estado de revolución o de guerra, declarada o no, rebelión, insurrección o manifestaciones en las que participe el ASEGURADO.
g) Lesiones o accidentes sufridos al prestar servicio militar de cualquier clase.
h) Cualquier forma de navegación submarina.
i) Radiaciones atómicas o radiaciones ionizantes.
j) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave como piloto, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
k) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
l) Gastos de Hospitalización a terceros.
m) Hernias o eventraciones, excepto cuando sean a causa de un accidente.

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

n) Vuelos, estancia o permanencia en aeronaves que no sean aviones operados regularmente por una empresa concesionada de transporte público de pasajeros sobre una ruta establecida normalmente y sujeta a itinerarios regulares, por ejemplo, vuelos charter, taxis aéreos, helicópteros, globos y planeadores.
o) Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
p) Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor
q) La práctica ocasional, amateur o profesional de deportes peligrosos como por ejemplo, paracaidismo, buceo, tauromaquia, charrería, alpinismo, motociclismo, cualquier clase de deporte aéreo, esqui, tauromaquia, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

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 CNSF-S0037-1012-2010 de fecha 17 de enero de 2011, con el número CNSF-S0037-1012-2010/CONDUSEF-002893-01 y modificadas con el Registro Especial RESP-S0037-0368-2015 de fecha 8 de abril de 2015.

ANEXO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

En cumplimiento a las Disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros se informa:

DATOS DE LA CONDUSEF	
Domicilio de Oficinas Centrales	Av. insurgentes Sur 762,Planta Baja, Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100
Teléfono:	(55) 5448 7000
Telefónos Interior de la República	01 800 999 8080
Página Web	www.condusef.gob.mx

UNIDAD ESPECIALIZADA (UNE) DE ZURICH ASEGURADORA MEXICANA S.A. DE C.V.	
Domicilio Oficina Matriz	Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.
Teléfono:	Tel. 55 5284 1103 y 800 0800 009
Horario de atención:	9:00 a 17:30 horas
Correo Electrónico	unidad.especializada@mx.zurich.com
Página Web	https://zam.zurich.com.mx/
El Asegurado podrá presentar su solicitud de aclaración o queja en el domicilio de la institución de seguros o bien, en la UNE, mediante escrito, correo electrónico o cualquier otro medio por el que se pueda comprobar fehacientemente su recepción. En todos los casos la institución de seguros estará obligada a acusar de recibo de dicha solicitud	

REFERENCIAS	
Las abreviaturas de uso no común mencionadas en la presente Póliza, en su caso, pueden ser consultadas en:	https://zam.zurich.com.mx/es-mx/referencias

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 17 de enero de 2011, con el número CNSF-S0037-1012-2010/CONDUSEF-002893-01 y modificadas con el Registro Especial RESP-S0037-0368-2015 de fecha 8 de abril de 2015.

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA S.A. DE C.V. denominada en lo sucesivo LA COMPAÑÍA, con sujeción a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares teniendo prelación estas últimas sobre las primeras, asegura a favor del CONTRATANTE citado en la carátula y/o especificación de la póliza, denominada en lo sucesivo EL ASEGURADO, contra los riesgos cubiertos donde tenga interés asegurable conforme a los términos establecidos en esta póliza

CONDICIONES PARTICULARES
ACCIDENTES PERSONALES

CONTRATANTE
JOURNEY THE APP SAPI DE CV

Grupo a Asegurar
Personas físicas visitantes reportados por el contratante

MONEDA.
Nacional

COBERTURAS.

Muerte Accidental
Reembolso de Gastos Médicos
Pérdidas Orgánicas "A"
Pérdidas Orgánicas "B"

Únicamente quedarán cubiertos los accidentes ocasionados durante la supervisión de un guía o instructor y cumpliendo todas las medidas de seguridad indicadas por el staff y el lugar visitado. No se cubrirán ataques de animales por provocaciones del asegurado hacia el mismo.

La cobertura solo es nacional.

EDAD MAXIMA DE ACEPTACIÓN
A partir de los 3 años hasta 69 años cumplidos para nuevos ingresos; con cancelación al aniversario en que tenga 70 años.

PRIMA DIARIA INDIVIDUAL

Prima Neta

MUERTE ACCIDENTAL			
	C	F	H
$50,000.00	$0.12	$0.24	$0.37
$55,000.00	$0.15	$0.28	$0.44
$100,000.00	$0.39	$0.76	$1.18
$150,000.00	$0.76	$1.47	$2.27
$200,000.00	$1.25	$2.41	$3.74
$250,000.00	$1.82	$3.51	$5.44
$300,000.00	$2.45	$4.74	$7.34
$400,000.00	$3.88	$7.49	$11.60
$500,000.00	$5.45	$10.54	$16.32

PÉRDIDAS ORGÁNICAS A			
	C	F	H
$50,000.00	$0.06	$0.12	$0.18
$55,000.00	$0.07	$0.14	$0.21
$100,000.00	$0.19	$0.37	$0.57
$150,000.00	$0.37	$0.71	$1.11
$200,000.00	$0.61	$1.17	$1.82
$250,000.00	$0.89	$1.71	$2.65
$300,000.00	$1.19	$2.31	$3.57
$400,000.00	$1.89	$3.64	$5.64
$500,000.00	$2.65	$5.13	$7.94

PÉRDIDAS ORGÁNICAS B			
	C	F	H
$50,000.00	$0.09	$0.17	$0.27
$55,000.00	$0.11	$0.21	$0.32
$100,000.00	$0.29	$0.56	$0.86
$150,000.00	$0.55	$1.07	$1.66
$200,000.00	$0.91	$1.76	$2.73
$250,000.00	$1.33	$2.57	$3.97
$300,000.00	$1.79	$3.46	$5.36
$400,000.00	$2.83	$5.47	$8.47
$500,000.00	$3.98	$7.69	$11.91

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS			
	C	F	H
$50,000.00	$1.62	$3.14	$4.86
$55,000.00	$1.77	$3.42	$5.30
$100,000.00	$3.03	$5.86	$9.07
$150,000.00	$3.91	$7.55	$11.69
$200,000.00	$4.86	$9.39	$14.53
$250,000.00	$5.69	$10.99	$17.03
$300,000.00	$6.43	$12.42	$19.23
$400,000.00	$7.67	$14.82	$22.94
$500,000.00	$8.68	$16.77	$25.97

PREEXISTENCIAS
Se cubren preexistencias a partir del inicio de cobertura de cada asegurado solo para la cobertura de fallecimiento.

DERECHO DE PÓLIZA
$0 pesos.

PERIODO DE ESPERA
No es aplicable a ninguna cobertura

DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Se recibirán los expedientes de manera digital para el pago de las indemnizaciones, con el compromiso de entrega del acta de defunción original en un plazo máximo de 30 días. En caso de no cumplir con dichos envíos, se procederá al pago de siniestros únicamente cuando se reciban los documentos originales requeridos.

Muerte Accidental

Documento	Muerte Accidental
Certificado Journey Sports	✔
correo del sponsor con la reclamación	✔
Acta de defunción*	✔
Copia del acta de averiguación previa	✔
Identificación Oficial Vigente del asegurado titular	✔
Declaracion de Beneficiarios firmada por el asegurado titlar	✔
Documentación referente al Art. 492 Beneficiarios	✔

* Se deberá entregar como máximo 30 días posteriores al pago del siniestro. Se acepta acta de Defunción en copia, validado con lector QR.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Documento	Reembolso Gastos Medicos por Accidente
Certificado Journey Sports	✔
Correo del Sponsor con reclamación	✔
Aviso de Accidente o enfermedad	✔
Informe Medico	✔
Formato Reembolso Gastos Médicos	✔
Estudios y/o analisis medicos	✔
Recetas médicas	✔
Facturas y comprobantes de gastos medicos	✔
Documentación art 492 asegurado titular	✔

Pérdidas Orgánica A y B

Documento	PERDIDAS ORGANICAS
Certificado Journey Sports	✔
Aviso de Accidente o enfermedad	✔
Informe Medico	✔
Correo del Sponsor con la reclamación	✔
Estudios y/o analisis medicos	✔
Documentación art 492 asegurado titular	✔

Art 492

Documento	Art 492
Identificación oficial vigente	✔
CURP	✔
Comprobante de domicilio (menor a 3 meses)	✔
Estado de Cuenta Bancario (menor a 3 meses)	En caso que la indeminización se pague por transferencia
Formato Conoce a tu cliente	✔
Todos los documentos deberán tener firma de cotejados o bien entrega de carta cotejo	✔

En caso de que Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V lo estime necesario, se solicitará información adicional.

PLAZO DE PAGO DE SINIESTROS

5 días hábiles desde la recepción de la documentación escaneada completa y necesaria para la liquidación del siniestro, siempre y cuando se comprometa el cliente a entregar la documentación original hasta 30 días naturales, después de haberse liquidado el siniestro.

METODO DE PAGO DE SINIESTROS

En el caso de RGMA: Pago directo o transferencia bancaria al beneficiario preferente.
PO: Transferencia bancaria al beneficiario preferente.
Muerte Accidental: Los beneficiarios designados por el asegurado titular

ZURICH®

ENDOSO ACLARATORIO

Contratante: **JOURNEY THE APP SAPI DE CV**

Domicilio: XEL-HA -12 COL. SUPERMANZANA 28, BENITO JUAREZ QUINTANA ROO, C.P. 77509 QUINTANA ROO MEXICO

Datos del Endoso:

Vigencia: Del 01 de Noviembre de 2022 al 01 de Noviembre 2023

Moneda: Nacional.

Forma de Pago: Contado.

Nombre del endoso: **LISTADO DE ACTIVIDADES.**

TEXTO DEL ENDOSO

El presente endoso se agrega y forma parte integrante de la presente póliza de Accidentes Personales, expedida por Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V a favor del contratante en referencia, formando parte de las condiciones generales y particulares de la póliza.

Se indica de acuerdo a la establecido en la póliza que se enlista las actividades cubiertas:

C	**Observación de naturaleza, actividades culturales, Gastronomía, Visita a Sitios arqueológicos, Caminatas, Excursiones, Senderismo, Campamentos, Rappel (max 100m), Tirolesa (max 10m), Via Ferrata, Ciclismo Urbano, Gotcha, Temazcal, Paseo a Caballo, Cabalgata, Tiro con arco, Escalada en muro y/o boulder artificial al aire libre o techado (max 40m), Baja montaña (1,000msnm), Pesca recreativa, Kayak en mar, Safari, y paseos en 4x4.**
F	Descenso en Ríos (balsa kayak) clase I y II, Standup Paddle, Paseo en lancha, pangas y waverunners de baja velocidad, Nado con delfines, Nado recreativo en cenotes, ríos y lagunas, buceo y apnea recreativa (max 20m), Snorkel, Globo aerostático, Team building (circuito elevado de cuerdas, retos, capacitación vivencial y recreación), Hotel Cabañas, Salto de cascadas, Tubing, Escalada en muro y/o boulder natural (max 40m), Banana Sea trek, Trepa de árboles, Descenso en Ríos (balsa kayak) clase III y IV, Ascenso en media montaña (>4k msnm), Surfing, jetski, wakeboard, Esquí en agua, cañonismo, Ciclismo de montaña, Espeleísmo, Motos acuáticas, nado recreativo con fauna marina (tiburón ballena, ballena, mantas, tiburón), Sandboard, Bodyboard y Pesca con arpón amateur

H	Motocross, Motocicleta de ruta, Paracaidismo, Vuelo en ala delta, Vuelo en parapente y/o paramotor, Vuelo en tándem, Alta Montaña (hasta 5702msnm), Downhill, Boogie arenero, ATVs: Cuatrimotos, polaris, tricimotos, Flyboard, jetovator, apnea de línea (hasta 40 metros), túnel de viento, Parasail, kitesurf, Salto base (a valoración).

Los demás términos y condiciones continúan sin cambio alguno.