

CONDICIONES GENERALES

ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

Gerencia Técnica de Personas

Autorización CNSF según Oficio No. 06-367-II-1.1 /2914 del 3 de abril del 2001. Exp.:
732.1(S-54)/1.

FF134-PDF/05-2015

ÍNDICE

SECCIÓN I. DEFINICIONES.

1. Accidente Cubierto.
2. Asegurados.
3. Contratante.
4. Póliza de Seguro.
5. Endoso.
6. Siniestro.
7. Suma Asegurada.
8. Deducible.
9. Gastos Médicos Cubiertos.

SECCIÓN II. CLAUSULAS GENERALES.

1. Contrato.
2. Vigencia.
3. Notificaciones.
4. Competencia.
5. Prescripción.
6. Omisiones o Declaraciones Inexactas.
7. Otros Seguros.
8. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
9. Modificaciones.
10. Moneda.
11. Primas.
12. Asegurados y Movimientos.
13. Ocupación.
14. Rehabilitación.
15. Renovación.
16. Beneficiarios.
17. Pago de Reclamaciones.
18. Edad.
19. Interés Moratorio.
20. Período de Beneficio.
21. Terminación del Contrato.

SECCIÓN III. COBERTURAS.

1. Muerte Accidental.
2. Reembolso de Gastos Funerarios.
3. Pérdidas Orgánicas.
4. Indemnización Diaria por Incapacidad.
5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

SECCIÓN IV. EXCLUSIONES.

AVISO DE PRIVACIDAD

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONDICIONES GENERALES ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

SECCIÓN I. DEFINICIONES.

Con el fin de interpretar las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en esta póliza a continuación se precisan las siguientes definiciones:

1.- ACCIDENTE CUBIERTO.

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, se considerarán como un solo evento.

No se considera como accidente cubierto las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado o sus dependientes y los expresamente excluidos en la póliza.

2.- ASEGURADOS.

- a) Asegurado Titular.- Es aquella persona asegurada que firma como responsable de las declaraciones hechas en la solicitud, base de esta póliza.
- b) Dependientes.- Se consideraran dependientes económicos del asegurado titular a su cónyuge y a los hijos de ambos que sean solteros, menores de 25 años y que no tengan ingreso por trabajo personal.

Y han sido aceptados por la compañía y aparecen en la carátula de esta póliza.

3.- CONTRATANTE.

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

4.- PÓLIZA DE SEGURO.

Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que, de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía Aseguradora y el Contratante.

5.- ENDOSO.

Documento que modifica: bases, términos y condiciones de la póliza; y forma parte de ésta última.

6.- SINIESTRO.

La ocurrencia de cualquier accidente cubierto que pueda ser motivo de indemnización.

7.- SUMA ASEGURADA.

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.

8.- DEDUCIBLE.

Sólo para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que corresponde a los primeros gastos médicos cubiertos por cada accidente. El seguro cubre a partir de esa suma y hasta los límites establecidos en la póliza.

El monto del deducible aparece en la carátula de la póliza.

9.- GASTOS MEDICOS CUBIERTOS.

Sólo para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Aquellos gastos en los que incurre el Asegurado, médicamente prescritos y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un accidente cubierto.

SECCIÓN II. CLÁUSULAS GENERALES.

1.- CONTRATO.

Forman parte de este contrato las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro - conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos -, esta póliza, los endosos anexos, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

2.- VIGENCIA.

Este contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

3.- NOTIFICACIONES.

Cualquier comunicación o notificación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a la Compañía por escrito, y enviarse al domicilio señalado en la carátula de la póliza.

4.- COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante deberá acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir ante los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

5.- PRESCRIPCIÓN.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias establecidas en el artículo 84 de la Ley del Contrato Sobre Seguro, sino por el nombramiento del perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

6.- OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.

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 y como los conozcan o 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 hayan influido en la realización del siniestro.

7.- OTROS SEGUROS.

Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

El Contratante o Asegurado tiene la obligación de dar aviso por escrito a la Compañía sobre todo seguro que contrate o haya contratado cubriendo a las mismas personas y contra los mismos riesgos, indicando el nombre de las demás compañías aseguradoras y las sumas aseguradas.

El reembolso pagadero en total por todas las pólizas no excederá a los gastos incurridos, los que se liquidarán en proporción de los beneficios contratados en cada póliza.

Si el Contratante o Asegurado omitiere el aviso de que se trata esta cláusula o si contratara los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

8.- ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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”.

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

9.- MODIFICACIONES.

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la Compañía y el Contratante, haciéndose constar mediante cláusulas o endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los endosos que la Compañía emita para esta póliza, prevalecerán sobre lo consignado en estas Condiciones Generales.

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

10.- MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional.

11.- PRIMAS.

La suma de las primas correspondientes a cada Asegurado, de acuerdo con su edad alcanzada, su ocupación, actividad, coberturas contratadas y la tarifa en vigor para cada cobertura en la fecha de iniciación del período de seguro, constituye la prima de la póliza.

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato y salvo pacto en contrario se entenderá que el periodo de seguro es de 12 meses.

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 inicio de cada período pactado y se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado vigente a la fecha de expedición de la póliza.

La prima convenida debe ser pagada en el domicilio de la Compañía señalado en la carátula de la póliza, contra entrega del recibo correspondiente.

El Contratante gozará de un período de gracia de treinta días naturales, contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima, para liquidar el total de las primas o de cada una de las fracciones convenidas.

A las 12 hrs. del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

12.- ASEGURADOS Y MOVIMIENTOS.

Se deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas.

- a) Altas. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de dependientes, podrá ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante la solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.
- b) Bajas. Causarán baja de la cobertura de esta póliza cualquier asegurado que fallezca o ya no clasifiquen como dependientes económicos.

Las personas dadas de baja dejarán de disfrutar los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha baja.

- c) Primas. En caso de alta o baja de Asegurados; de aumento o disminución de beneficios; la Compañía cobrará o devolverá al Contratante, según sea del caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro.
- d) Pagos Improcedentes. Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

13.- OCUPACIÓN.

Si el Asegurado cambia de ocupación o de actividad en su empleo o en las actividades deportivas que desempeña, deberá avisar por escrito a la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de 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 a la Compañía, está no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación. La Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagada durante el último año de vigencia de la póliza.

14.- REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la cláusula de primas de estas Condiciones Generales, el Contratante podrá dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante de pago y la Compañía devolverá a prorrata en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que se amplíe la vigencia del seguro, está automáticamente se prorrogará por un lapso igual comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el comprobante de pago que se emita con motivo del pago correspondiente, y en cualesquier otro documento que se emita con posterioridad al pago.

15.- RENOVACIÓN.

El Contratante tendrá derecho a renovar esta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a la Compañía dentro de los 30 días anteriores a la fecha de término de vigencia.

Se considerará fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación este fuera de los límites establecidos en esta póliza.

La Compañía podrá modificar en cada renovación la tarifa aplicable y las condiciones de esta póliza de acuerdo con los resultados que haya tenido la póliza en los periodos de seguro, siempre y cuando el procedimiento esté apegado al registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

16.- BENEFICIARIOS.

La Indemnización que proceda se pagará al Asegurado o al/a los beneficiario(s) que resulten serlo, según corresponda y a lo estipulado en el contrato.

Los Asegurados mayores a 12 años tendrán derecho a designar y cambiar libremente a los beneficiarios siempre que la póliza esté en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado o el Contratante, deberá notificar por escrito el cambio de beneficiario a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en el contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará al último beneficiario del que se haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

Si habiendo varios beneficiarios falleciera alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, o en el caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; salvo estipulación en contrario.

El Contratante no podrá intervenir en la designación del beneficiario, ni figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante, o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si el Asegurado es menor de edad, la indemnización correspondiente a las coberturas de Reembolso de Gastos Funerarios, Pérdidas Orgánicas, Indemnización Diaria por Incapacidad y Reembolso de Gastos Médicos se le pagará al padre o tutor.

ADVERTENCIA: En caso de nombrar beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

17.- PAGO DE RECLAMACIONES.

- a) Aviso. Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación.

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

- b) Pruebas. Además de las formas de declaración que la Compañía proporcione al reclamante, este presentará a su costa todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.
- c) Comprobación. La Compañía 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, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

- d) Deducciones. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización de acuerdo al Artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- e) Reembolso de Gastos Médicos. La Compañía 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 Compañía 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.

La Compañía no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

- f) Plazo de pago de Indemnizaciones. La Compañía pagará al Asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

18.- EDAD.

Como Edad del Asegurado, se considerará la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de vigencia del seguro o en su caso a la fecha de renovación.

En cada una de las coberturas contratadas se establecen las edades mínimas y máximas de contratación, así como de cancelación.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de cancelación, las coberturas continuarán hasta el fin de la vigencia, cancelándolo automáticamente a la siguiente renovación.

- a) Comprobación. La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez efectuada ésta, la Compañía hará la anotación respectiva y no podrá pedir nuevas pruebas.
- b) Ajuste de Indemnización. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado se estuviere pagando prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de la Compañía para ese Asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Contratante o Asegurado el 70% de la diferencia entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, esta estuviera fuera de los límites fijados para esta póliza, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para este Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 70% de la prima pagada.

- c) Recuperación. Si la Compañía hubiere pagado alguna indemnización al descubrirse la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del primer párrafo del inciso b) anterior, incluyendo los intereses respectivos.

19.- INTERÉS MORATORIO.

Si Seguros Atlas incumple con sus obligaciones de este contrato, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley Instituciones de Seguros y Fianzas.

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;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen

dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido

en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

20.- PERÍODO DE BENEFICIO.

Las coberturas de esta póliza terminarán automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados al ocurrir cualquiera de los siguientes casos:

- a) El Asegurado al momento de la renovación, alcance la edad de cancelación de las coberturas.
- b) La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agote la suma asegurada contratada o,
- c) Esta póliza quede cancelada.

21.- TERMINACION DEL CONTRATO.

La terminación de este contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, puede terminar por las siguientes causas:

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la carátula de la póliza.
- b) Terminado el plazo de gracia para el pago de las primas correspondientes.

SECCIÓN III. COBERTURAS.

1.- MUERTE ACCIDENTAL.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía pagará a las personas designadas en la cláusula de beneficiarios, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

De la suma asegurada anterior, se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo accidente que provocó la muerte.

La edad mínima de aceptación para este beneficio será de 12 años.

2.- REMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía reembolsará a las personas designadas en la cláusula de beneficiarios, previa comprobación, los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, por transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario hasta el monto total de la suma asegurada con máximo de 60 veces el Salario Mínimo Mensual del D.F.

La edad mínima y máxima de aceptación para este beneficio será de 1 a 11 años.

3.- PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la suma asegurada establecidos en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Por la pérdida de	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	---	30%
Tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de una mano	---	30%
Sordera completa de los oídos	---	25%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de cualquier mano	---	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de cualquier mano	--	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de cualquier mano	--	20%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cms	---	15%
El dedo medio, anular o meñique	---	5%

Por las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano, la mutilación o anquilosamiento 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, el anquilosamiento o la mutilación completa desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

- Por pérdida de los dedos, la mutilación desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos)
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable la función de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o varios accidentes cubiertos, 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 esta cobertura.

4.- INDEMNIZACION DIARIA POR INCAPACIDAD.

Incapacidad Total.- Si dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente, las lesiones causaren al Asegurado directa o independientemente de cualquiera otras causas, una incapacidad consistente en pérdida de facultades o aptitudes que lo imposibiliten totalmente para desempeñar su trabajo, la Compañía pagará al Asegurado la Indemnización diaria establecida en la carátula de la póliza, durante el periodo de tal incapacidad, pero sin exceder 1,460 días consecutivos contados desde la fecha del accidente.

Incapacidad Parcial.- Si dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierta, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa o independientemente de cualquiera otras causas, una pérdida de facultades o aptitudes que lo imposibiliten parcialmente para desempeñar su trabajo, la Compañía, pagará al Asegurado durante el periodo de tal incapacidad, 2/5 de la indemnización pagadera por incapacidad total pero sin exceder el periodo de pago de 182 días consecutivos contados desde la fecha del accidente.

5.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los diez primeros días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, la Compañía reembolsará, además de otras indemnizaciones a que tuviera derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias previa comprobación de los gastos efectuados, descontando el deducible contratado para esta cobertura y que aparece en la carátula de la póliza.

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, o,
- b) Transcurran 365 días contados a partir de que el Asegurado hizo la primera erogación, o,
- c) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones.

Lo que ocurra primero.

SECCIÓN IV. EXCLUSIONES.

El contrato contenido en esta póliza 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 riñas 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:**

Condición de los padecimientos que en fecha anterior al inicio de vigencia de la póliza:

- Hayan sido diagnosticados por un médico y/o**
- Hayan sido aparentes a la vista y/o**
- Fueren de los que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidos y/o**
- Haya sido erogado algún gasto, por su atención médica o quirúrgica.**

- 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) Abortos 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.**

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

- m) 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.**
- n) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- o) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**
- p) Práctica profesional de cualquier deporte.**
- q) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.**

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 3 de abril del 2001, con el oficio número Oficio No. 06-367-II-1.1 /2914 Exp.: 732.1(S-54)/1.

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS BÁSICOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO DE UN SEGURO?

- Cuando se contrata un Seguro de Accidentes y Enfermedades es posible que desconozcas los derechos que tienes como contratante, asegurado o beneficiario al momento de adquirir la protección de un seguro, en caso de algún imprevisto amparado.
- Si conoces tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás malos entendidos y en consecuencia, estarás mejor informado.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Como contratante, antes y durante la contratación del seguro tienes derecho a:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que lo acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Seguros Atlas proporcionará por escrito o por medios electrónicos la información requerida.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.

Para que conozcas las condiciones generales de nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web: www.segurosatlas.com.mx, o puedes acudir a cualquiera de nuestras oficinas, donde tendremos el gusto de atender a todas tus inquietudes.

- Si contrataste un seguro y te aplicaron un examen médico, no se te podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que te hayan aplicado.

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza de seguro por eventos procedentes, cuando ocurran dentro del periodo de gracia aunque todavía no hayas pagado la prima en dicho periodo, en cuyo caso la Compañía descontará de la indemnización correspondiente la prima pendiente de pagar.

- Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente.

- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

Para mayor información visite
<http://www.segurosatlas.com.mx>

“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 22 de mayo de 2015 con el número RESP-S0023-0481-2015”.