

Póliza de Seguro de
Accidentes Personales
Condiciones Generales

CONDICIONES GENERALES DE ACCIDENTES PERSONALES

LA PENINSULAR SEGUROS, S.A. (en lo sucesivo la Compañía), ampara al asegurado en caso de accidente, de acuerdo con las condiciones generales y particulares de esta póliza y conforme a las coberturas y sumas aseguradas establecidas en la carátula de la póliza, siempre que el accidente ocurra durante la vigencia de este seguro y no esté excluido conforme a las coberturas estipuladas en esta póliza.

CONTRATO

Está póliza, la Solicitud, las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía, conforme a las cuales ha sido clasificado el riesgo, las Cláusulas Adicionales y los endosos, constituyen prueba del Contrato de Seguro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 26 de la Ley Sobre el contrato de Seguro se transcribe textualmente el Artículo 25 de la propia Ley que dice: "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"

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (Artículo 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones generales de la póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previa solicitud por escrito del contratante a la Compañía. Estas modificaciones deberán constar en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Compañía No podrá hacer modificaciones ni concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, este derecho se hace extensivo al contratante. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

PRIMAS

El monto de la prima es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su ocupación y actividad en la fecha de inicio de vigencia. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha.

La prima de esta póliza vence en el momento de la iniciación de vigencia del contrato, salvo pacto en contrario se entenderá que el período del seguro es de un año. Si el contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por el pago fraccionado que

corresponda, autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual se dará a conocer por escrito al asegurado o contratante.

PLAZO DE GRACIA

El contratante dispone de un plazo de gracia de 30 días para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la póliza, si el pago no ha sido efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso de pagos fraccionados, el contratante no dispondrá del citado plazo de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes.

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

ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

La Compañía, mientras este en vigor la póliza incluirá bajo la protección de la misma, nuevos Asegurados, para lo cual el contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la cual cobrará una prima calculada en proporción, desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza, contando con el plazo de gracia antes citado.

Causarán baja de la póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la institución para la cual fue contratada la póliza, para lo cual el contratante se obliga a participarlo dentro de los 30 días naturales siguientes a la separación o baja y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Los ajustes correspondientes en primas se podrán realizar con base al procedimiento de administración que se haya estipulado al momento de la contratación de la póliza.

FALLECIMIENTO POR CAUSAS NO ACCIDENTALES

En caso de que el Asegurado falleciera por causas no accidentales, la Compañía reembolsará a los beneficiarios la prima no devengada hasta su próximo vencimiento.

EDAD

- A) La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza de ninguna persona mayor de 70 años. En el caso de renovación la póliza podrá estar en vigor hasta un límite de 70 años de edad de cada Asegurado. La cobertura de muerte accidental solamente se concederá a personas mayores de 12 años.
- B) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o de la renovación del contrato del seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán nulos y sin ningún valor y la Compañía reintegrará al Asegurado el 70% de la prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- C) Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad se hubiere estado pagando una prima mayor, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.

- D) Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía será igual a la que la prima pagada hubiese podido comprar a la edad real.
- E) La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado.

RENOVACION

- A) Esta póliza se considerará renovada, por períodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito, de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.
- B) No obstante la no renovación de la póliza, los siniestros ocurridos durante la vigencia seguirán cubiertos por la totalidad de las prestaciones de esta póliza hasta el agotamiento de las sumas contratadas o del período indicado para cada beneficio.

SINIESTROS

- A) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días de cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.
- B) En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción de la Compañía y por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de declaración correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todas las pruebas de las pérdidas sufridas o los gastos médicos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc. en originales.
- C) En la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente la Compañía solo pagará los honorarios de Médicos y 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 solo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinetes, etc. prescritos por el Médico tratante, con todos los requisitos fiscales.
- D) La Compañía no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos o facturas con todos los requisitos fiscales.
- E) La Compañía podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección en el sanatorio u hospital en que se encuentre internado el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar 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, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

OTROS SEGUROS

Si la cobertura "REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS" asegurada en esta póliza estuviera amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, que cubran el mismo riesgo, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

- A) Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato serán liquidadas en el domicilio de la Compañía en el curso de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que reciba los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
- B) Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al Asegurado o a quien éste haya designado, excepto la suma asegurada por muerte accidental, la que se pagará a los beneficiarios designados.
- C) Los límites establecidos en esta póliza, para el pago de los beneficios asegurados se aplicarán por cada accidente siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí, excepto como queda estipulado en la Cobertura II Pérdidas Orgánicas.
- D) Cuando se trate de un mismo accidente o recaídas o complicaciones por la misma causa o por otra que con ésta se relacione, la obligación de la Compañía no excederá de las cantidades máximas establecidas en esta póliza.

OCUPACIÓN

El Asegurado, inmediatamente a un cambio de ocupación, deberá avisarlo por escrito a la Compañía para que ésta proceda a los ajustes o modificaciones correspondientes.

Si dentro de la vigencia de esta póliza, el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa aprobada como más peligrosa que la manifestada por el Asegurado en la solicitud de seguro y posteriormente al cambio de ocupación sufra lesiones mientras esté ejecutando algún acto o cosa propia de tal ocupación, la Compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la presente póliza que se hubiere podido comprar con la prima que se pagó.

Si el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa aprobada como no asegurable, el seguro quedará rescindido de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación. La Compañía devolverá el 70% de la prima no devengada, correspondiente al pago del último año de vigencia de la póliza.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescriben a los 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen (Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), salvo las excepciones consignadas en el Artículo 82 de la misma Ley.

MONEDA

Se conviene que todos los pagos que el Asegurado deba hacer a la Compañía o los que esta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

INTERES MORATORIO

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantengan invertidas sus reservas técnicas durante el lapso de mora. En defecto de los CETES, se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios de dinero a plazo de noventa días para el cálculo de interés moratorio convencional, conforme a lo dispuesto en el Artículo 135-bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Lo dispuesto en la presente cláusula no es aplicable en los casos a que se refiere el artículo 65 de la Ley General de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. (CONDUSEF)

NOTIFICACIONES

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones en los términos del Artículo 65 de la Ley General de Instituciones de Seguros y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

DEFINICIONES

ASEGURADOS

Son las personas que aparecen en el registro de asegurados de esta póliza.

CONTRATANTE

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

ACCIDENTE CUBIERTO

Para efectos de esta póliza se entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado independientemente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por el asegurado en un accidente, se consideraran como un solo evento.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que pagará la Compañía por cada Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura, esta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del periodo de vigencia de la póliza.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

DEDUCIBLE

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 y se aplica solamente a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por cada accidente.

ENDOSO

Documento que forma parte del Contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones.

1. RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA I. MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere su muerte, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos a los herederos legales del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de esta póliza para esta cobertura, deduciendo cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones cubiertas por la cobertura II, cuando éstas hayan sido producidas por el mismo accidente que provocó la muerte.

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer nueva designación de beneficiario siempre que ésta póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el Asegurado hará una notificación escrita a la Compañía, expresando con claridad el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en la póliza. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento sin responsabilidad alguna para ella. Si el Asegurado renuncia a la facultad de cambiar de beneficiario, se hará constar en la póliza el carácter irrevocable de la designación.

Las edades mínimas y máximas de contratación para este beneficio serán de 12 y 69 años respectivamente.

COBERTURA II. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Si como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa 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 establecida en la carátula de esta póliza para esta cobertura:

ESCALA DE INDEMINIZACIONES "A"

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.....	100%
Una mano y un pie.....	100%
Una mano o 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%

Se entiende por pérdida de la mano su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en este ojo; por pérdida del pulgar o índice, la separación de dos falanges completas en cada dedo.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "B"

Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos.....	100%
Una mano y un pie.....	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo.....	100%
Una mano.....	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano.....	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano.....	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano.....	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano.....	20%
El pulgar de cualquier mano.....	15%
El índice de cualquier mano.....	10%
El dedo medio, el anular o el meñique.....	5%
Un pie.....	50%
La vista de un ojo.....	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.....	30%
La audición total de los dos oídos.....	25%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cms.....	15%

Sólo para la escala de indemnizaciones "B" se entenderá por pérdida de las manos o de los pies, la mutilación o anquilosis total de estos órganos; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista; por lo que se refiere a los dedos, la separación desde la mutilación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma, y por pérdida de la audición la sordera total y definitiva en los dos oídos.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta 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 para esta cobertura.

AUMENTO DE SUMA ASEGURADA

Cuando el seguro se contrate con aumento de suma asegurada, en cada renovación anual, completa y consecutiva, sin incremento de la prima, las sumas aseguradas en las coberturas I y II del primer año de vigencia, aumentará en un 10% hasta que las sumas aseguradas hayan quedado aumentadas en un 50% de su valor inicial.

Las edades mínimas y máximas de contratación para este beneficio serán de 1 y 69 años respectivamente.

COBERTURA III. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD

Incapacidad Total: Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio u hospital o en su domicilio, la Compañía pagará mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la indemnización diaria estipulada en la carátula de esta póliza por un período que no excederá de 1,460 días.

Incapacidad Parcial: Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior de esta cobertura, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa e independientemente de cualesquiera otras causas una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará durante el período de dicha incapacidad, el 40% de la indemnización contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.

Si mientras el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total o parcial y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte o las pérdidas orgánicas consignadas en las Coberturas I y II, la Compañía pagará las sumas aseguradas contratadas por la muerte o a las pérdidas orgánicas.

Las edades mínimas y máximas de contratación para este beneficio serán de 16 y 64 años respectivamente.

COBERTURA IV. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas el Asegurado, dentro de los 10 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, ambulancias o medicinas, la Compañía pagará además de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa comprobación, descontando la cantidad del deducible establecido en la carátula de esta póliza. No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia necesarias a causa de accidente, serán cubiertos por la Compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima contratada en esta Cobertura. Adicionalmente al límite indicado para los tratamientos anteriores, los gastos por servicio de ambulancia o traslado se cubrirán hasta un monto máximo equivalente hasta un 5% de la suma asegurada en esta cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta Cobertura.

Los gastos cubiertos por accidente se pagarán por un período máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente, sin que en ningún caso excedan de la suma contratada.

Las edades mínimas y máximas de contratación para este beneficio serán de 1 y 69 años respectivamente.

2. EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta póliza NO CUBRE:

- A. Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados directamente por lesiones provocadas por un accidente, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- B. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo o de su beneficiario.
- C. Homicidio intencional de cualquier clase o su tentativa, suicidio o cualquier conato del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- D. Hernias y eventraciones.
- E. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.
- F. Abortos, cualquiera que sea su causa.
- G. Por accidentes que sufra el asegurado estando bajo el influjo de alguna droga o enervante de uso ilícito o en estado de ebriedad.
- H. Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- I. Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por estos aquellos que antes del inicio de vigencia de esta póliza fueron diagnosticados por un medico, o provocaron un gasto, o fueron aparentes a la vista o los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.

3. RIESGOS EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.

Salvo Convenio por escrito, esta póliza no cubre al Asegurado mientras viaje:

- A. En los taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- B. Como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- C. Como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- D. En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

E. Tampoco ampara esta póliza los riesgos de paracaidismo, buceo, alpinismo, practica de vela, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo delta, box, lucha libre y grecorromana, rapel, rafting, jetsky, bongee, Parachute.

CONDICIONES PARTICULARES DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR

DEFINICIONES

ASEGURADO

Esta póliza puede cubrir a los alumnos, personal docente y/o administrativo de la escuela y son las personas que aparecen en el registro de asegurados correspondiente.

PRIMAS

La prima de la póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a los beneficios contratados y cubre un periodo máximo de un año y vence al inicio de vigencia de la póliza.

RIESGOS CUBIERTOS

La cobertura de esta póliza brinda protección a los alumnos que pertenezcan a un mismo colegio o escuela, por lo tanto es una póliza colectiva y se expide a nombre de la escuela o colegio contratante.

La duración de este seguro siempre será igual al año escolar sin incluir vacaciones que establezca la Secretaría de Educación Pública y su cobertura es única y exclusivamente para el desempeño de actividades escolares. Dicha actividad comprende desde el momento en que los asegurados inician el viaje ininterrumpido de su domicilio a la escuela por cualquier medio de transporte (excepto motocicleta o motoneta), su estancia en el edificio y predio de la escuela y el viaje ininterrumpido de regreso a su domicilio.

Asimismo los asegurados están protegidos en las excursiones, eventos deportivos y otras actividades siempre que se encuentren organizadas, programadas, aprobadas y supervisadas por la autoridad competente de la escuela y se dé aviso a la compañía aseguradora anticipadamente.