



## **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

### **PARTIDA 1 SUBPARTIDA “A”**

**“SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES PARA EL SECTOR EDUCATIVO”**

**PERIODO 01 DE ENERO DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025**

## ÍNDICE

- 1. OBJETO DE LA PÓLIZA.**
- 2. DECLARACIONES**
  - 2.1 ESTADO DE SONORA
  - 2.2 ASEGURADO (CONTRATANTE)
  - 2.3 ASEGURADO
  - 2.4 ASEGURADORA
  - 2.5 PÓLIZA
  - 2.6 TIPO DE PÓLIZA
  - 2.7 PRELACIÓN DE CLÁUSULAS
  - 2.8 NO ADHESIÓN
  - 2.9 OTROS SEGUROS
- 3. TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES.**
  - 3.1 ESPECIFICACIONES GENERALES DE LA PÓLIZA
    - 3.1.1. PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN
    - 3.1.2. VIGENCIA
    - 3.1.3. PRIMAS
    - 3.1.4. INTERÉS ASEGURABLE (COLECTIVIDADES EXPUESTAS)
    - 3.1.5. ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO
- 4. DEFINICIONES**
- 5. RIESGOS CUBIERTOS**
- 6. CARACTERÍSTICAS DE LA PÓLIZA**
- 7. ALCANCES DE COBERTURA**
- 8. EXCLUSIONES GENERALES**
- 9. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD (SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL)**
- 10. DEDUCIBLES**
- 11. COMUNICACIONES**
- 12. MODIFICACIONES**
- 13. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**
- 14. ALTAS Y BAJAS DE LA COLECTIVIDAD**
- 15. ASEGURADOS Y MOVIMIENTOS**
- 16. REPORTE DE MOVIMIENTOS**
- 17. EDAD**
- 18. EDAD ELEGIBLE**
- 19. INDEMNIZACIÓN AL PROVEEDOR**
- 20. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.**
- 21. CERTIFICADOS DE ALTA**
- 22. CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA**
  - 22.1 POLÍTICAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA
- 23. SOLICITUDES DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**
- 24. AJUSTE DE PRIMAS POR ALTAS O BAJAS DE LA COLECTIVIDAD.**
- 25. INGRESO EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA**
- 26. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA CIERTOS BENEFICIOS**
- 27. COBERTURAS Y SERVICIOS AMPARADOS**
  - 27.1.1 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
  - 27.1.2 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (NACIONAL)
  - 27.1.3 ASISTENCIA FUNERARIA POR ACCIDENTE
  - 27.1.4 SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE

- 27.1.5 EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA
- 27.1.6 REPATRIACIÓN INTERNACIONAL SANITARIA, HOSPITALARIA O FUNERARIA
- 27.1.7 ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA O VIRTUAL
- 27.1.8 ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA O VIRTUAL
- 27.1.9 ORIENTACIÓN EN MATERIA DE DEFENSA CIVIL O PENAL
- 27.1.10. CONDICIÓN PARTICULAR DE TRASLADO DE COBERTURA

**28. CONDICIONES GENERALES**

- 28.1 AVISO DE SINIESTROS
- 28.2 PREMISAS DEL SERVICIO
- 28.3 CENTRO DE CONTACTO
- 28.4 PROCESO PARA SOLICITAR ASISTENCIA INTERNACIONAL, CENTRAL DE ASISTENCIA
- 28.5 CONDICIONES PARTICULARES Y OBLIGACIONES DEL TITULA EN CASO DE EMERGENCIAS INTERNACIONALES

**29. ANTICIPOS.**

**30. REEMBOLSO DE RECLAMACIONES.**

**31. PAGO DIRECTO**

**32. INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

**33. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

**34. GASTOS ADMINISTRATIVOS.**

**35. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.**

**36. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.**

**37. COMPETENCIA.**

**38. IDIOMA OFICIAL.**

**39. ERRORES U OMISIONES.**

**40. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.**

**41. QUIEBRA E INSOLVENCIA.**

**42. CONDICIONES NO PREVISTAS.**

**43. RECLAMACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS.**

**44. CLÁUSULA DE MONEDA.**

**45. ESTÁNDARES DE SERVICIOS**

**46. PRESCRIPCIÓN.**

**47. ANEXOS DE PÓLIZA**

**ANEXOS DE PÓLIZA**

<b>ANEXO 1</b>	<b>CEDULA DE COLECTIVIDADES</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>DISTRIBUCION DE PRIMAS</b>
<b>ANEXO 3</b>	<b>RESUMEN DE COLECTIVIDADES</b>
<b>ANEXO 4</b>	<b>CEDULA DE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES ASEGURADAS</b>
<b>ANEXO 5</b>	<b>PERSONAL ESPECIALIZADO DE LA ASEGURADORA.</b>
<b>ANEXO 6</b>	<b>RESPONSABLES DE LA ASEGURADORA EN RELACION CON SINIESTROS.</b>
<b>ANEXO 7</b>	<b>REPORTES DE SINIESTRALIDAD</b>
<b>ANEXO 8</b>	<b>ESTANDARES DE SERVICIO</b>
<b>ANEXO 9</b>	<b>CAPACIDADES Y REQUERIMIENTOS MINIMOS DE SERVICIO (RED MEDICA)</b>

## **OBJETO DE LA PÓLIZA.**

CUBRIR EL RIESGO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA INFANTES O ESTUDIANTES DENTRO DE ESTANCIAS INFANTILES, GUARDERÍAS, Y LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE EDUCACIÓN BÁSICA, MEDIA Y SUPERIOR DEL ESTADO DE SONORA.

### **1. DECLARACIONES.**

#### **2.1 ESTADO DE SONORA:**

ESTADO QUE FORMA PARTE DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

#### **2.2 ASEGURADO (CONTRATANTE):**

EL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA, A TRAVÉS DE LA SUBSECRETARIA DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS ADSCRITA A LA OFICIALÍA MAYOR DEL GOBIERNO DEL ESTADO, QUIEN CONSOLIDA DE ACURDO A LOS REQUERIMIENTOS DE CADA UNA DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES SEÑALADAS EN EL ANEXO No. 4

#### **2.3 ASEGURADO:**

LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADORAS QUE REQUIEREN LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE ACCIDENTES ESCOLARES PARA LOS INFANTES Y ESTUDIANTES INSCRITOS EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL ESTADO DE SONORA, ASÍ COMO EL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO CON LAS RESPECTIVAS COBERTURAS PREVISTAS PARA CADA COLECTIVIDAD COMO SE SOLICITA EN EL ANEXO NO. 1

#### **2.4 ASEGURADORA:**

INSTITUCIÓN DE SEGUROS DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO A TRAVÉS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, PARA OPERAR EN LOS RAMOS DE SEGUROS Y OTORGAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE REQUIERE EL ASEGURADO, SIENDO LA EMPRESA QUE EMITE LAS PÓLIZAS A LA QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ LA ASEGURADORA.

LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA ES PROPORCIONAR EL SERVICIO AL ASEGURADO DE CONFORMIDAD A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA LAS 24 HORAS DEL DÍA DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA ASEGURADORA ACEPTA EXPRESAMENTE:

QUE LA CONTRATANTE SERÁ LA ÚNICA FACULTADA ANTE LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR Y ACORDAR CAMBIOS O ADECUACIONES A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA MEDIANTE CONVENIOS MODIFICATORIOS Y SUS RESPECTIVOS ENDOSOS.

QUE LA CONTRATANTE INFORMARÁ A LA ASEGURADORA EL(LAS) ÁREA(S) QUE ADMINISTRARÁ(N) LOS RIESGOS PARA CADA DEPENDENCIA, ENTIDAD U ORGANISMO, LA(S) CUAL(ES) SERÁ(N) LA(S) ENCARGADA(S) DE, TALES COMO, PERO NO LIMITADAS A: TRAMITAR EL PAGO DE PRIMAS, INTEGRAR Y RECLAMAR SINIESTROS, RECIBIR INDEMNIZACIONES, SOLICITAR Y ACORDAR PAGOS EN ESPECIE, SOLICITAR, EN SU CASO, ALTAS Y BAJAS DE BIENES, SOLICITAR DEVOLUCIONES DE PRIMAS, SOLICITAR CONFIRMACIONES DE COBERTURA, ASÍ COMO LA APLICACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS A LOS ESTÁNDARES DE SERVICIO.

QUE EN CASO DE QUE LA PERSONALIDAD JURÍDICA DEL ASEGURADO O DE ALGUNA DE SUS ÁREAS CAMBIEN DE DENOMINACIÓN, LA PERSONALIDAD JURÍDICA QUE LA SUSTITUYA EJERCERÁ EL DERECHO DE SUBROGACIÓN EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PÁRRAFO ANTERIOR.

QUE LAS BASES DE INDEMNIZACIÓN DE RECLAMACIONES Y DEVOLUCIONES PODRÁN SER MODIFICADAS POR LA PERSONALIDAD JURÍDICA QUE SUSTITUYA A LA CONTRATANTE ORIGINAL.

QUE EL ÁREA QUE ADMINISTRA LOS RIESGOS DEL ASEGURADO INFORMARÁ A LA ASEGURADORA EL PERSONAL Y ÁREA QUE TENDRÁN LAS FACULTADES PARA CEDER LOS DERECHOS DE PROPIEDAD DE LAS UNIDADES SINIESTRADAS CONSIDERADAS PÉRDIDA TOTAL.

## **2.5 PÓLIZA:**

CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA, QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ LA “PÓLIZA”.

## **2.6 TIPO DE PÓLIZA:**

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES Y EMERGENCIA MÉDICA INTERNACIONAL PARA INFANTES Y ESTUDIANTES DEL SISTEMA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA.

## **2.7 PRELACIÓN DE CLÁUSULAS.**

CUALQUIER CONTENIDO DENTRO DE LOS TEXTOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA, TENDRÁN PRELACIÓN SOBRE CUALQUIER CONDICIÓN NO SOLICITADA A LA ASEGURADORA, POR LO QUE NINGUNA CONDICIÓN ESTABLECIDA POR LA ASEGURADORA FUERA DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE ANEXO TÉCNICO PODRÁ SER INVOCADA POR ESTA Y NI TENDRÁ EFECTOS SOBRE LA PÓLIZA EMITIDA.

## **2.8 NO ADHESIÓN.**

LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA A SER EMITIDA SE CONSIDERAN CONVENIDAS LIBREMENTE POR EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA, NO ES UN CONTRATO DE ADHESIÓN Y POR LO TANTO NO SE UBICA EN EL SUPUESTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 202 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y EN ESA VIRTUD, NO REQUIERE SER REGISTRADA PREVIAMENTE ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

LA PÓLIZA CONTIENE, TÉRMINOS Y CONDICIONES, QUE SUBSTITUYEN A LAS CONDICIONES GENERALES Y TEXTOS DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN DE LA ASEGURADORA.

## **2.9 OTROS SEGUROS**

QUEDA ACORDADO QUE CUANDO EXISTAN OTROS SEGUROS PARA AMPARAR ACCIDENTES VEHICULARES EN LOS QUE RESULTE AFECTADO ALGUN ALUMNO SE ESTARÁ A LO SIGUIENTE:

- 1) CUANDO DICHOS VEHICULOS NO CUENTEN CON SEGURO O SE DEN A LA FUGA, ESTA POLIZA APLICARA DE MANERA PRIMARIA.
- 2) CUANDO DICHOS VEHICULOS CUENTEN CON SEGURO, ESTA PÓLIZA OPERARÁ EN EXCESO DE LA SUMA PREVISTA PARA GASTOS MÉDICOS DE DICHOS SEGUROS Y/O EN SU CASO EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEFINIDO PARA LESIONES A TERCEROS.
- 3) PARA EL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O MUERTE ACCIDENTAL, ESTA POLIZA OPERARÁ DE MANERA INDEPENDIENTE O CONCURRENTENTE A LOS OTROS SEGUROS QUE PUEDAN EXISTIR.

## **2. TÉRMINOS Y ASPECTOS GENERALES.**

### **3.1. ESPECIFICACIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.**

#### **2.1.1. PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN.**

ESTA PÓLIZA SERÁ ADJUDICADA MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA DE CARÁCTER NACIONAL ELECTRONICA.

### 3.1.2 VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LA "PÓLIZA" INICIARÁ A PARTIR DE LAS 00:00 HORAS DEL DÍA 1° DE ENERO DE 2025 TIEMPO DEL MERIDIANO DE LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA Y CONFIRME A LO SIGUIENTE:

**PRIMERA VIGENCIA** DEL: 1° DE ENERO DE 2025 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2025.

SIENDO EL PERIODO TOTAL DE COBERTURA DE 12 (DOCE MESES)

LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CONCLUIRÁ HASTA LA INDEMNIZACIÓN DEL ÚLTIMO SINIESTRO PROCEDENTE Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

### 3.1.3. PRIMAS.

EL MONTO QUE EL ASEGURADO SE OBLIGA A PAGAR A LA ASEGURADORA EN TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SEGURO, ES DECIR LA PRESENTE PÓLIZA, SE DENOMINA PRIMA, LA CUAL SE PAGARÁ EN MONEDA NACIONAL CONFORME A LO SIGUIENTE:

PAGO	FECHA DE ENTREGA DE FACTURA	FECHA LÍMITE DE PAGO	PERÍODO DE PAGO CUBIERTO
PRIMER PAGO PARA LA VIGENCIA 2025			DEL 01 DE ENERO DEL 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025

EL PAGO DE LA PRIMA SE REALIZARÁ DE MANERA ANUAL EN 1 EXHIBICIÓN EN UN PLAZO MÁXIMO DE 20 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE CADA VIGENCIA.

QUEDA ACORDADO QUE LA PRIMA QUE SE COBRA ES UNA PRIMA ÚNICA POR TODA LA COLECTIVIDAD; POR LO QUE DICHA PRIMA NO ESTARÁ SUJETA A AJUSTES, NI AL ALTA NI A LA BAJA, POR MOVIMIENTOS DECLARADOS O NO DE LAS COLECTIVIDADES CUBIERTAS QUE HAYAN SIDO DECLARADAS AL INICIO DE LA VIGENCIA.

QUEDA ACORDADO QUE, EN CASO DE BAJA DE ASEGURADOS O AJUSTES ENTRE EL NÚMERO DE ASEGURADOS DE LAS COLECTIVIDADES, LA PRIMA NO SERÁ AJUSTADA A LA BAJA O AL ALTA. POR LO QUE CUANDO EXISTA UNA BAJA DE ALGUNA COLECTIVIDAD (ENTIDAD U ORGANISMO) LA PRIMA QUE LE HUBIERE CORRESPONDIDO SE DISTRIBUIRÁ ENTRE EL RESTO DE LOS ASEGURADOS PARA DETERMINAR UNA REDISTRIBUCIÓN DE PRIMA QUE APLICARA DESDE INICIO DE VIGENCIA. SIN EMBARGO, TRATANDO DE ALTAS DE NUEVOS ASEGURADOS O UBICACIONES NO DECLARADAS, SE ESTARÁ AL AJUSTE Y COBRO DE PRIMA EN BASE AL NUEVO NUMERO DE ALUMNOS DE DICHS ASEGURADOS O UBICACIONES.

EL ASEGURADO PAGARÁ LA PRIMA DE ACUERDO CON LAS DISPONIBILIDADES PRESUPUESTALES Y A LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA CORRESPONDIENTE, PARA LO CUAL DEBERÁ RECIBIR DE LA ASEGURADORA LOS RECIBOS DE PAGO DEBIDAMENTE ELABORADOS Y A PARTIR DE ESA FECHA CORRERÁN LOS 20 DÍAS NATURALES PARA PAGAR LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

### FACTURACIÓN.

LA ASEGURADORA DEBERÁ PRESENTAR SUS FACTURAS ACOMPAÑADAS DE LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE EN TÉRMINOS DE LA PÓLIZA, PARA INICIO DE TRÁMITE DE PAGO, DEBIDAMENTE REQUISITADAS, EN ORIGINAL Y 2 COPIAS, MISMAS QUE DEBERÁN SER PRESENTADAS EN LAS FECHAS DE ENTREGA DE FACTURAS ESTABLECIDA EN LA CLÁUSULA "PRIMA" DE LA PÓLIZA.

LA ASEGURADORA AL MOMENTO DE FACTURAR, DEBERÁ HACER REFERENCIA AL NO. DE LA PÓLIZA Y AL IMPORTE DE LA PRIMA.

SE DEBERÁ FACTURAR DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN ESTIPULADA EL ANEXO NO. 3 “RELACIÓN DE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES U ORGANISMOS ASEGURADOS”

CUALQUIER ERROR EN LOS RECIBOS DE PAGO (FACTURAS) QUE REQUIERAN UNA REEXPEDICIÓN O ELABORACIÓN DE NUEVOS RECIBOS INTERRUMPIRÁ EL PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA, Y HASTA HABERLOS RECIBIDO CORRECTAMENTE SE VOLVERÁ A CONTABILIZAR EL PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA RESPECTIVA.

### **3.1.4 INTERÉS ASEGURABLE (COLECTIVIDADES EXPUESTAS)**

EL PRESENTE SEGURO DA COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES GRUPOS ASEGURABLES:

- A) COLECTIVIDAD “A”, PERTENECIENTE A LOS ALUMNOS REGISTRADOS EN LAS GUARDERÍAS (CENDIS) ESCUELAS PÚBLICAS DE NIVEL PREESCOLAR HASTA NIVEL SECUNDARIA. DE ACUERDO AL ANEXO NO. 2
- B) COLECTIVIDAD “B”, PERTENECIENTE A LOS ALUMNOS REGISTRADOS EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE NIVEL PREPARATORIA Y UNIVERSIDAD O EQUIVALENTE. DE ACUERDO AL ANEXO NO. 2
- C) COLECTIVIDAD “C”, PERTENECIENTE AL PERSONAL DOCENTE, ADMINISTRATIVO Y DIRECTORES ADSCRITOS A LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL ESTADO DE SONORA DE ACUERDO AL ANEXO NO. 2

### **3.1.5. ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO.**

LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO (CONTRATANTE) ACUERDAN QUE CADA UNA DE LAS DEPENDENCIAS, ENTIDADES Y ORGANISMOS DEFINIDOS EN EL ANEXO SERÁ RESPONSABLE DE REALIZAR LOS TRÁMITES ESTABLECIDOS PARA LA OPERACIÓN DE ESTA PÓLIZA CONFORME A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE LAS SIGUIENTES ACCIONES:

#### **ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS:**

- 1) DECLARACIÓN DEL INVENTARIO INICIAL DE ESCUELAS CUBIERTAS, INCLUYENDO NUMERO DE ALUMNOS EXPUESTOS Y PROFESORES Y DOCENTES AUTORIZADOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES
- 2) CORRECCIÓN A LA INFORMACIÓN DECLARADA
- 3) ALTA DE NUEVAS UBICACIONES ASEGURADAS
- 4) BAJA DE UBICACIONES ASEGURADAS
- 5) PRESENTAR AVISO DE SINIESTROS
- 6) INTEGRACIÓN Y RECLAMACIÓN DE SINIESTROS
- 7) PAGO DE PRIMAS
- 8) RECOLECCIONES DE FIRMAS DE FINIQUITOS
- 9) ELABORACIÓN DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO O PAGO DE RECLAMACIONES
- 10) NOTIFICACIÓN DE EXCURSIONES Y SALIDAS AL EXTRANJERO
- 11) OTROS QUE FUERAN APLICABLES PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS EN EL ÁMBITO DE SUS COMPETENCIAS

## **4. DEFINICIONES**

**ACCIDENTE.** SIGNIFICA, ACONTECIMIENTO PROVENIENTE DE UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA, FORTUITA Y VIOLENTA QUE SUCEDA DENTRO DE LAS INSTALACIONES ESCOLARES, GUARDERÍAS O ESTANCIAS INFANTILES, ENCUALQUIER DÍA Y A CUALQUIER HORA DURANTE EL CICLO ESCOLAR Y LOS DÍAS HÁBILES DEFINIDOS PARA DICHO CICLO.

SIN EMBARGO, QUEDA ACORDADO QUE, PARA EFECTOS DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, EL ACCIDENTE DEBE PRODUCIR LESIONES QUE HAGAN NECESARIO SOMETERSE A EVALUACIÓN CLÍNICA Y/O TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SER HOSPITALIZADO O HACER USO DE SERVICIOS DE ENFERMERA, RAYOS X, ULTRASONIDO, CURACIONES, O AMBULANCIA. EN CASO DE EVENTOS CARDIO-RESPIRATORIOS, EMBOLIAS, SHOCK ANAFILÁCTICO, COMA DIABÉTICO, O CUALQUIER DESVANECIMIENTO PROLONGADO SOLO ESTARÁN CUBIERTOS PARA FINES DEL SERVICIO DE AMBULANCIA PARA TRASLADO A UN HOSPITAL, SIN QUE ESTO IMPLIQUE QUE CALIFICAN COMO ACCIDENTE PARA FINES DE INDEMNIZACIÓN DEL BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS. SALVO QUE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES SE CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE ASEGURADO EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA.

QUEDA ACORDADO QUE SE CONSIDERARAN ACCIDENTES LAS LESIONES POR “BULLYING” ASÍ COMO CUALQUIER TIPO DE ARMA COMO VÍCTIMA DE UN DELITO, LESIONES POR ACOSO ESCOLAR, ASÍ COMO LESIONES POR EL DESCUIDO O FALTA DE DILIGENCIA EN EL CUIDADO DENTRO DE GUARDERÍAS O ESTANCIAS INFANTILES.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO Y CONFORME A LAS ESTIPULACIONES DE ÉSTE TAMBIÉN SE CONSIDERARÁ ACCIDENTE CUBIERTO:

- A. LA ALTERACIÓN DE LA SALUD POR ASFIXIA, O POR ASPIRACIÓN INVOLUNTARIA DE GASES O VAPORES LETALES.
- B. LA ALTERACIÓN DE LA SALUD POR ELECTROCUCIÓN INVOLUNTARIA.
- C. ENVENENAMIENTO POR INGESTIÓN INVOLUNTARIA DE SUSTANCIAS TÓXICAS O MEDICAMENTOS.
- D. EL ASALTO O ABUSO SEXUAL COMETIDO DENTRO DE INSTALACIONES.
- E. LESIONES PROVOCADAS A ALGÚN MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD “A” COMO RESULTADO DE VIOLENCIA ESCOLAR O RIÑA; PERO DICHAS LESIONES NO SE CONSIDERARÁN UN ACCIDENTE ASEGURADO RESPECTO DE LAS LESIONES QUE SUFRA EL AGRESOR.
- F. PICADURAS DE INSECTOS O MORDIDAS DE ANIMALES.
- G. ENVENENAMIENTO O INTOXICACION POR CONSUMO DE ALIMENTOS, O LESIONES POR INGESTION DE ELEMENTOS TALES COMO LAPICES, TACHUELAS, GRAPAS U OTROS OBJETOS.
- H. ESTETICA DENTAL CUANDO ESTA SEA NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE BAJO LAS CONDICIONES AQUÍ PREVISTAS.

**ACCIDENTE VASCULAR O CEREBRO VASCULAR.** TRANSITORIO QUE IMPLICA EL CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO DEL RIEGO SANGUÍNEO DE UNA ZONA DEL CEREBRO, CORAZÓN O DE CUALQUIER OTRO ÓRGANO CON ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES CEREBRALES O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE DE ESA ZONA EN FORMA BREVE O DEFINITIVA Y RECORDADA EN EL TIEMPO.

**ASEGURADO.** CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA QUE GOZA DE LOS BENEFICIOS POR LOS RIESGOS AMPARADOS QUE SE INDICAN EN LA PÓLIZA. LOS **ASEGURADOS** INTEGRANTES DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE NO DEBERÁN ESTAR SUJETOS A UN PROCESO SUSPENSIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE QUE SE TRATE Y ACREDITAR LA INSCRIPCIÓN O REGISTRO Y ASISTENCIA REGULAR A DICHA INSTITUCIÓN.

**ASEGURADO TITULAR.** ES LA PERSONA QUE TIENE RELACIÓN DIRECTA CON EL CONTRATANTE Y PERTENECE A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

**BENEFICIARIO.** PERSONA DESIGNADA POR EL ASEGURADO, EN EL CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL, COMO TITULAR DE LOS DERECHOS INDEMNIZATORIOS PARA EL CASO DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL. EN CASO DE LAS COBERTURAS ADICIONALES SE INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO TITULAR O ASEGURADO DEPENDIENTE, SEGÚN CORRESPONDA.

**CENTRO DE EMERGENCIAS/CALL CENTER.** ES LA OFICINA DE LA ASEGURADORA ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS EN CASO DE EMERGENCIAS, SU RED DE PROVEEDORES A NIVEL MUNDIAL Y LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE QUE INTERVIENEN Y TOMAN DECISIÓN EN TODOS LOS ASUNTOS Y/O PRESTACIONES BRINDADAS O QUE VAYAN A BRINDARSE DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES PACTADAS.

**COLECTIVIDAD ASEGURABLE.** LO CONSTITUYEN A) TODAS LAS INDIVIDUOS ENTRE 45 DÍAS DE NACIDOS Y 70 AÑOS CUMPLIDOS COMO MÁXIMO QUE ESTÉN DADOS DE ALTA EN ALGÚN PLANTEL ESCOLAR O GUARDERÍA PÚBLICA, ASÍ COMO B) TODOS LOS PROFESORES Y DIRECTIVOS ACTIVOS DENTRO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS A CARGO DEL ESTADO Y CON CARÁCTER DE EMPLEADOS.

LOS SUJETOS QUE FORMEN PARTE DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE A) DEBERÁN, PARA GOZAR DE LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA, ACREDITAR LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD Y LA INSCRIPCIÓN Y ASISTENCIA REGULAR A UNA INSTITUCIÓN REGISTRADA POR EL CONTRATANTE Y ADMINISTRADA O BAJO SU CUSTODIA.

**CONTRATO.** EL CONJUNTO DE CONDICIONES, DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES PLASMADAS EN EL ANEXO TÉCNICO DE LAS BASES DE LICITACIÓN, ASÍ COMO LAS MODIFICACIONES QUE EN SU CASO SE PUEDAN AGREGAR EN TÉRMINOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES CONSTITUYEN TESTIMONIO DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA.

**CONTRATANTE.** ES EL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA, A TRAVÉS DE LA SUBSECRETARIA DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS ADSCRITA A LA OFICIALÍA MAYOR DEL GOBIERNO DEL ESTADO

**COMPAÑÍA:** Seguros Azteca, S.A. de C.V.

#### **CRITERIO DE ELEGIBILIDAD.**

- A. COLECTIVIDAD "A", SER UN INFANTE DE MÁS DE 45 DÍAS DE NACIDO O SER UN ESTUDIANTE CON UN MÁXIMO DE 16 AÑOS CUMPLIDOS DE EDAD Y ESTAR CURSANDO ALGÚN GRADO ESCOLAR HASTA TERCERO DE SECUNDARIA.

COLECTIVIDAD "B" SER UN ESTUDIANTE ENTRE 17 Y 70 AÑOS CUMPLIDOS DE EDAD Y ESTAR CURSANDO ALGÚN GRADO ESCOLAR A NIVEL PREPARATORIA, CCH, UNIVERSIDAD O EQUIVALENTE.

COLECTIVIDAD "C" SER UN PROFESOR O DIRECTIVO O PERSONAL ADMINISTRATIVO ESCOLAR EN ACTIVIDAD DENTRO DE ALGUNO DE LOS PLANTELES ESCOLARES DECLARADOS A LA ASEGURADORA.

- B. QUE ACREDITE VIVIR PERMANENTEMENTE EN EL ESTADO DE SONORA
- C. ESTAR INSCRITO EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR, GUARDERÍA O ESTANCIA INFANTIL PÚBLICA BAJO EL CUIDADO O ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATANTE.
- D. CON INDEPENDENCIA DE LO PREVISTO EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES, CUANDO LA COMPAÑÍA EXIJA REQUISITOS MÉDICOS U OTROS PARA CONFIRMAR LA ELEGIBILIDAD DE LAS PERSONAS A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, CONTARÁ CON UN PLAZO DE TREINTA DÍAS NATURALES, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE HAYAN CUMPLIDO DICHS REQUISITOS PARA RESOLVER SOBRE LA

ACEPTACIÓN O NO DE CONSIDERAR ASEGURADA A LA PERSONA, DE NO HACERLO SE ENTIENDE QUE LA ACEPTA CON LAS MISMAS CONDICIONES EN QUE FUE CONTRATADA LA PÓLIZA.

**DEDUCIBLE.** SIGNIFICA EL MONTO DE DINERO CON EL CUAL DEBE PARTICIPAR EL ASEGURADO EN LOS GASTOS INDEMNIZABLES QUE SE SOLICITEN Y SEAN PROCEDENTES.

**DETALLE DE COBERTURAS.** RELACIÓN DE RIESGOS AMPARADOS EN LA QUE SE INDICAN LOS LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

**EMPLEADO SIGNIFICA:**

- A.** CUALQUIERA DE LOS PROFESORES O DIRECTORES DEPENDIENTES DEL **CONTRATANTE**, EMPLEADOS POR EL **CONTRATANTE** TEMPORALMENTE O MEDIANTE TERCERÍAS EN CUALQUIERA DE LAS INSTALACIONES EDUCATIVAS BAJO LA ADMINISTRACIÓN DEL **CONTRATANTE**
- B.** EMPLEADOS DE TIEMPO PARCIAL, TEMPORALES U OCASIONALES, MIENTRAS TRABAJAN PARA EL CONTRATANTE;
- C.** CUALQUIERA PERSONA QUE RECIBA REGULARMENTE UN SUELDO O PRESTACIONES DE TIPO LABORAL INCLUYENDO, CUIDADORAS, MAESTROS O DOCTORES.

**ENDOSO.** DOCUMENTO QUE MODIFICA Y/O ADICIONA LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES DE ESTE CONTRATO DE SEGURO Y FORMA PARTE DE ÉSTE.

**ENFERMEDAD O PADECIMIENTO.** ES TODA ALTERACIÓN DE LA SALUD QUE RESULTE DE LA ACCIÓN DE AGENTES MORBOSOS DE ORIGEN INTERNO O EXTERNO QUE AMERITE TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO U ONCOLÓGICO, ASÍ COMO LAS AFECTACIONES DE ORIGEN CONOCIDO O DESCONOCIDO QUE NO TENGAN UN ORIGEN EN UN ACCIDENTE O LESIÓN CUBIERTA EN TÉRMINOS DE LOS PREVISTO EN ESTA PÓLIZA. INCLUYENDO LAS RECURRENCIAS O RECAÍDAS, COMPLICACIONES Y SECUELAS QUE SE PUEDAN ASUMIR COMO PARTE DE UNA MISMA ENFERMEDAD O PADECIMIENTO, INCLUYENDO FALLAS ORGÁNICAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO ESTÉN VINCULADAS A UN ACCIDENTE QUE HAYA SUCEDIDO Y SE HAYA REPORTADO DURANTE LA VIGENCIA DE PÓLIZA.

**ENFERMEDAD AGUDA:** PROCESO CORTO Y RELATIVAMENTE SEVERO DE LA ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CUERPO O ALGUNO DE SUS ÓRGANOS, QUE PUDIERE INTERRUPTIR O ALTERAR EL EQUILIBRIO DE LAS FUNCIONES VITALES, PUDIENDO PROVOCAR DOLOR, DEBILIDAD U OTRA MANIFESTACIÓN EXTRAÑA AL COMPORTAMIENTO NORMAL DEL MISMO.

**ENFERMEDAD REPENTINA O IMPREVISTA:** ENFERMEDAD IMPREVISTA, INESPERADA Y REPENTINA CONTRAÍDA DESPUÉS DE LA FECHA EFECTIVA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PLAN DE ASISTENCIA Y QUE DERIVA EN UN PROCESO CORTO Y RELATIVAMENTE GRAVE DE ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CUERPO DEL TITULAR O DE CUALQUIERA DE SUS ÓRGANOS, EL CUAL PODRÍA INTERRUPTIR O ALTERAR EL EQUILIBRIO DE LAS FUNCIONES NORMALES DEL MISMO Y QUE PODRÍA DAR LUGAR A DOLOR, DEBILIDAD U OTRA MANIFESTACIÓN FUERA DE SU CONDUCTA NORMAL.

**ENFERMEDAD CONGÉNITA:** PATOLOGÍA PRESENTE O EXISTENTE DESDE ANTES DEL MOMENTO DE NACER.

**ENFERMEDAD CRÓNICA:** TODO PROCESO PATOLÓGICO CONTINUO, REPITIENTE Y PERSISTENTE EN EL TIEMPO, MAYOR A 90 DÍAS DE DURACIÓN. ENFERMEDAD PREEXISTENTE: TODO PROCESO FÍSICO PATOLÓGICO QUE RECONOZCA UN ORIGEN O UNA ETIOLOGÍA ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DEL PLAN O DEL VIAJE (O LA QUE SEA POSTERIOR) Y QUE SEA FACTIBLE DE SER OBJETIVADO A TRAVÉS DE MÉTODOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO DE USO HABITUAL, COTIDIANO, ACCESIBLE Y FRECUENTE EN TODOS LOS PAÍSES DEL MUNDO

(INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A: DOPPLER, RESONANCIA NUCLEAR, MAGNÉTICA, CATETERISMO, RADIOLOGÍA, ETC.). SE ENTIENDE POR PREEXISTENCIA TODA ENFERMEDAD, O ESTADO DEL CUERPO, O PROCESO CONOCIDO O NO POR EL TITULAR, QUE HAYA NECESITADO O REQUERIDO DE UN PERIODO DE FORMACIÓN, O DE UNA GESTACIÓN, O DE UNA INCUBACIÓN DENTRO DEL ORGANISMO DEL TITULAR ANTES DE HABER INICIADO EL VIAJE. LOS MISMOS REQUIEREN DE UN PERIODO DE FORMACIÓN, RECONOCIENDO QUE DICHO ESTADO O PROCESO PATOLÓGICO EXISTÍA DENTRO DEL ORGANISMO ANTES DE SUBIRSE AL AVIÓN O AL MEDIO DE TRANSPORTE EN LA FECHA DE LA ENTRADA EN VIGENCIA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, AUN CUANDO LA SINTOMATOLOGÍA SE PRESENTE POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE HABER INICIADO EL VIAJE.

**ENFERMEDAD RECURRENTE:** REGRESO, REPETICIÓN O APARICIÓN DE LA MISMA LESION O ENFERMEDAD, LUEGO DE HABER SIDO TRATADA, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LESIONES ARTICULARES O DEPORTIVAS

**ENFERMEDAD REPENTINA O IMPREVISTA:** ENFERMEDAD IMPREVISTA, INESPERADA Y REPENTINA CONTRAÍDA DESPUÉS DE LA FECHA EFECTIVA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PLAN DE ASISTENCIA Y QUE DERIVA EN UN PROCESO CORTO Y RELATIVAMENTE GRAVE DE ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CUERPO DEL TITULAR O DE CUALQUIERA DE SUS ÓRGANOS, EL CUAL PODRÍA INTERRUMPIR O ALTERAR EL EQUILIBRIO DE LAS FUNCIONES NORMALES DEL MISMO Y QUE PODRÍA DAR LUGAR A DOLOR, DEBILIDAD U OTRA MANIFESTACIÓN FUERA DE SU CONDUCTA NORMAL.

**EVENTRACIONES:** SE DENOMINA EVENTRACIÓN, HERNIA VENTRAL, HERNIA INCISIONAL, VENTROCELE O LAPAROCELE A LA PROCIDENCIA O SALIDA DE LAS VÍSCERAS ABDOMINALES POR UNA ZONA U ORIFICIO DE LA PARED ABDOMINAL DEBILITADA QUIRÚRGICA, TRAUMÁTICA O PATOLÓGICAMENTE, DISTINTA A LOS ORIFICIOS NATURALES O PREFORMADOS POR DONDE EMERGEN LAS HERNIAS ABDOMINALES EXTERNAS; ESTAS VÍSCERAS PUEDEN ESTAR RECUBIERTAS O NO DE UN SACO DE EVENTRACIÓN CONSTITUIDO DE PERITONEO PARIETAL MÁSO MENOS MODIFICADO POR RESTOS FIBROSOS CICATRICIALES Y/O FIBRAS MUSCULARES.

**FISURA.** ES UNA PEQUEÑA FRACTURA INCOMPLETA, SIMILAR A UNA GRIETA, EN LA QUE NO SE PRODUCE SEPARACIÓN DE LAS PARTES AFECTADAS DEL HUESO.

**FRACTURA.** ES LA ROTURA DE UN HUESO QUE TIENE COMO CONSECUENCIA LA SEPARACIÓN COMPLETA DE LA SUSTANCIA ÓSEA A CAUSA DE GOLPES, FUERZAS O TRACCIONES CUYAS INTENSIDADES SUPEREN LA ELASTICIDAD DEL HUESO.

**GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO.** SE ENTENDERÁ COMO TAL, AQUEL CUYO MONTO O VALOR HA SIDO CONVENCIONALMENTE PACTADO ENTRE LA COMPAÑÍA Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN CONSIDERACIÓN A LA NATURALEZA, CALIDAD TÉCNICA DE LOS SERVICIOS, CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES Y EQUIPOS HOSPITALARIOS RESPECTIVOS, ASÍ COMO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO Y COSTO DE LA UTILIZACIÓN.

EL MONTO MÁXIMO DE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA PARA MÉDICOS, HOSPITALES, LABORATORIOS CLÍNICOS, APARATOS DE ORTOPEDIA Y SILLAS DE RUEDAS, ESTUDIOS DE GABINETE (RADIOGRAFÍAS, ULTRASONIDOS, TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTARIZADAS, ENTRE OTROS), CON LOS QUE LA COMPAÑÍA NO TENGA CONVENIO, NO PODRÁ EXCEDER DEL QUE CORRESPONDA PARA SERVICIOS DE LA MISMA ESPECIALIDAD O CATEGORÍA CON LOS QUE EXISTA DICHO CONVENIO

**INCAPACIDAD TEMPORAL O PARCIAL.** ES LA PÉRDIDA DE FACULTADES O APTITUDES QUE IMPOSIBILITA PARCIAL O TOTALMENTE A UNA PERSONA PARA DESEMPEÑAR SU TRABAJO POR ALGÚN TIEMPO.

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** SIGNIFICA AQUELLA INCAPACIDAD LA CUAL, POR 12 MESES DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, HA INCAPACITADO NECESARIA Y CONTINUAMENTE AL ASEGURADO PARA ATENDER SU NEGOCIO U OCUPACIÓN DE CUALQUIER Y TODA NATURALEZA O SI NO TIENE NEGOCIO U OCUPACIÓN QUE LO CONFINE

INMEDIATA Y PERMANENTEMENTE A LA CASA Y LO PRIVE DE ATENDER A CUALQUIERA DE SUS LABORES USUALES (SI LAS HAY) Y QUE AL VENCIMIENTO DEL PERIODO DE DOCE MESES NO HAYA ESPERANZA ALGUNA DE MEJORÍA.

TAMBIÉN SE ENTIENDO POR ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SIN QUE OPERE PERIODO DE ESPERA, LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA PÉRDIDA ABSOLUTA E IRREPARABLE DE LA VISTA EN AMBOS OJOS
- LA PÉRDIDA ABSOLUTA E IRREPARABLE DE AMBAS MANOS
- LA PÉRDIDA ABSOLUTA E IRREPARABLE DE UN PIE
- LA PÉRDIDA ABSOLUTA E IRREPARABLE DE UN PIE Y UNA MANO
- LA PÉRDIDA ABSOLUTA E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN
- QUEMADURAS INCAPACITANTES DE SEGUNDO, TERCER Y CUARTO GRADO QUE AFECTEN VÍAS AÉREAS, EL ROSTRO, LA VISTA, O LA MOVILIDAD DE BRAZOS O PIERNAS Y/O QUE REQUIERAN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RECURRENTE Y PROLONGADO DE MÁS DE 6 MESES.

**INDEMNIZACIÓN:** EL PAGO DIRECTO O POR REEMBOLSO DE LOS BENEFICIOS CONTRATADOS.

**LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD POR ACCIDENTE.** REPRESENTA EL MONTO MÁXIMO DE BENEFICIO ASISTENCIAL INDICADO ESPECÍFICAMENTE CONTRATADO Y CON SUS RESPECTIVAS RESTRICCIONES; ES EL MONTO MÁXIMO DE DINERO A CARGO DE LA ASEGURADORA AL CUAL TENDRÁ DERECHO EL TITULAR PARA LA COBERTURA CONTRATADA POR CADA ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA, CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE ACCIDENTES.

**PAGO DIRECTO.** PARA EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGURO EL PAGO DIRECTO ES EL BENEFICIO MEDIANTE EL CUAL LA COMPAÑÍA COORDINA Y PAGA DIRECTAMENTE AL HOSPITAL Y/O AL MÉDICO CON EL CUAL HA CELEBRADO CONVENIO, POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS A LOS ASEGURADOS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO Y CUANDO PROCEDA LA COBERTURA RECLAMADA.

**PERIODO DE GRACIA.** PLAZO QUE LA COMPAÑÍA CONCEDE AL CONTRATANTE PARA EL PAGO DE LA PRIMA O DE SUS FRACCIONES, EN CASO DE QUE SE HAYA PACTADO EL PAGO EN PARCIALIDADES.

**PÓLIZA.** DOCUMENTO EMITIDO POR LA COMPAÑÍA EN EL QUE CONSTAN LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

**PERIODO TOTAL DE COBERTURA DE LA POLIZA.** SE REFIERE A LA SUMA DE VIGENCIAS CONTEMPLADAS EN EL INCISO 3.1.2., ES DECIR, TREINTA Y SEIS MESES.

**PRÁCTICA PROFESIONAL DEL DEPORTE.** ES CUANDO EL ASEGURADO SE DEDICA VOLUNTARIA Y REGULARMENTE A LA PRÁCTICA DE UN DEPORTE DENTRO DEL ÁMBITO DE LA ORGANIZACIÓN Y LA DIRECCIÓN DE UN CLUB O ENTIDAD DEPORTIVA, CON O SIN REMUNERACIÓN O SALARIO QUE REPRESENTA EL SUSTENTO DE SU VIDA PERSONAL Y LO PRACTICA COTIDIANAMENTE PARA PERFECCIONAMIENTO.

**PADECIMIENTO PREEXISTENTE.** PARA EFECTOS DE ESTE CONTRATO, LA COMPAÑÍA SOLAMENTE PODRÁ EFECTUAR EL RECHAZO DE UNA RECLAMACIÓN, FUNDÁNDOSE EN QUE ÉSTA ES PREEXISTENTE, CUANDO CUENTE CON LOS SIGUIENTES INDICIOS:

- A. SE HAYA DECLARADO LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO; O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO O ANÁLISIS DE HISTORIA CLÍNICA QUE EXISTE UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE DICHA CONDICIÓN MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE, O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.
- B. CUANDO LA COMPAÑÍA CUENTE CON INFORMACIÓN QUE ACREDITA QUE EL ASEGURADO HAYA HECHO

GASTOS PARA RECIBIR UN DIAGNÓSTICO DEL PADECIMIENTO DE QUE SE TRATE, PODRÁ SOLICITAR AL ASEGURADO EL RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO CORRESPONDIENTE, O EN SU CASO EL EXPEDIENTE MÉDICO CLÍNICO, PARA RESOLVER LA RECLAMACIÓN, O EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS, COMPROBABLES DOCUMENTALMENTE, PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO DEL PADECIMIENTO DE QUE SE TRATE.

- C. EN OPINIÓN DE UN EXAMINADOR MEDICO LA LESIÓN O ACCIDENTE HAYA SUCEDIDO FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SUS OBLIGACIONES, DERIVADAS DE ALGUNA RECLAMACIÓN, CUANDO POR CAUSAS IMPUTABLES AL PROPIO ASEGURADO, NO SE LE PROPORCIONE LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE RECLAMACIÓN.

**PRIMA.** CONTRAPRESTACIÓN PREVISTA EN EL CONTRATO DE SEGURO A CARGO DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADOS.

**RED MÉDICA.** HOSPITALES Y/O MÉDICOS CON LOS CUALES LA COMPAÑÍA TIENE CELEBRADOS CONVENIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA LOS ASEGURADOS.

**RESPONSABILIDAD CIVIL SE REFIERE A:**

- A. UN DELITO CIVIL O UNA ACCIÓN ILÍCITA QUE PUEDA SER JUZGADA COMO DELITO O SU EQUIVALENTE;  
O
- B. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER LEY (INCLUIDAS LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O CUALQUIER REGLAMENTO REALIZADO POR CUALQUIER ORGANISMO REGULADOR O AUTORIDAD COMPETENTE).
- C. UN DELITO CIVIL O UNA ACCIÓN ILÍCITA PROCESABLE POR HECHOS U OMISIONES NO DOLOSOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, Y QUE CAUSEN LA MUERTE O EL MENOSCABO DE LA SALUD DE DICHS TERCEROS.
- D. RESPONSABILIDAD LEGAL CAUSADA POR UNA ACCIÓN U OMISIÓN DESHONESTA O FRAUDULENTE, CRIMINAL O MALICIOSA, O MALA CONDUCTA INTENCIONAL POR PARTE DE UN **EMPLEADO DEL CONTRATANTE**
- E. **COSTOS DE DEFENSA** COMO RESULTADO DE UNA RECLAMACIÓN O DEMANDA HECHA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA ANTE UNA AUTORIDAD JUDICIAL.

**RECLAMACIÓN** SIGNIFICARÁ: CUALQUIER EVENTO LEGITIMAMENTE CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA QUE PUEDA SER MOTIVO DE INDEMNIZACIÓN NOTIFICADO Y DOCUMENTADO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES A SU REALIZACIÓN.

**REEMBOLSO.** PARA EFECTOS DEL CONTRATO DE SEGURO, REEMBOLSO ES LA RESTITUCIÓN DE GASTOS PROCEDENTES QUE NO FUERON CUBIERTOS MEDIANTE PAGO DIRECTO, EROGADOS PREVIAMENTE POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA. LA COMPAÑÍA REINTEGRARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA, LA CANTIDAD QUE RESULTE DESPUÉS DE APLICAR EL DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.

TODAS LAS INDEMNIZACIONES VÍA REEMBOLSO CUBIERTAS POR LA COMPAÑÍA SERÁN LIQUIDADAS AL ASEGURADO AFECTADO, AL CONTRATANTE, AL ASEGURADO O A QUIEN ACREDITE HABER REALIZADO EL GASTO.

TODOS LOS COMPROBANTES DEBERÁN SER ORIGINALES Y NUNCA EN COPIAS FOTOSTÁTICAS O RECIBOS PROVISIONALES, EN LOS CUALES DEBERÁ CONSTAR EL NOMBRE DEL ASEGURADO Y TRATAMIENTO O CONCEPTO AFECTADO.

**REPORTE DE SINIESTRALIDAD.** ES EL DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL LA ASEGURADORA INFORMA AL ASEGURADO, DE LOS SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA, EL CUAL SERÁ EN FORMA ESCRITA Y ELECTRÓNICA. LOS REPORTES DEBERÁN SER REALIZADOS DE MANERA MENSUAL EN LOS SIGUIENTES 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE CORTE. DE ACUERDO AL ANEXO No. 6

**SINIESTRO.** REALIZACIÓN DE LA EVENTUALIDAD CUBIERTA PREVISTA EN EL CONTRATO QUE DA ORIGEN AL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN A CARGO DE LA COMPAÑÍA.

**SUMA ASEGURADA.** LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA, CONVENIDO PARA CADA EL AGREGADO DE COBERTURAS Y QUE PUDIERA ESTAR SUBLIMITADA PARA CIERTOS CONCEPTOS INDEMNIZABLES ESPECÍFICOS SEGÚN SE INDIQUE EN CADA CASO.

**SUBROGACIÓN:** ADQUISICIÓN DE DERECHOS Y ACCIONES POR LA ASEGURADORA, FRENTE A LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL DAÑO.

**TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS.** LISTA DETALLADA DE PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DONDE SE ESPECIFICA EL MONTO MÁXIMO A PAGAR POR CADA UNO DE ELLOS. INCLUYE HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTAS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS. ESTE TABULADOR SE APLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL PADECIMIENTO Y/O ACCIDENTE SEA UN GASTO CUBIERTO.

#### **5. RIESGOS CUBIERTOS:**

ESTE SEGURO CUBRE LOS ACCIDENTES ESCOLARES EN TERRITORIO NACIONAL, ASI COMO ACCIDENTES Y LA ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA EN EL EXTRANJERO COMO, SE DEFINEN EN ESTE ANEXO, ASÍ COMO LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA ASOCIADOS A DICHS ACCIDENTES SEGÚN SE DEFINEN PARA CADA COLECTIVIDAD DENTRO DE LAS SECCIONES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

#### **6. CARACTERÍSTICAS DE LA PÓLIZA.**

ESTA PÓLIZA ES UNA PÓLIZA DE DISTINTAS COBERTURAS Y SERVICIOS, LOS CUALES CONTIENEN LIMITES, CONDICIONES Y ALCANCES PARTICULARES SUJETAS A LAS CONDICIONES GENERALES DESCRITAS MÁS ADELANTE.

#### **7. ALCANCES DE COBERTURA.**

LOS PREDIOS E INSTALACIONES DE LAS ESTANCIAS INFANTILES Y ESCUELAS PÚBLICAS ADSCRITAS AL SECTOR DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA, MÉXICO Y HASTA CIEN METROS A LA REDONDA DE ESTAS; ASÍ COMO LOS ACCIDENTES QUE SUCEDAN EN TRAYECTO DIRECTO DE SU DOMICILIO A LA ESCUELA Y VICEVERSA; AQUELLOS QUE SUCEDAN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y/O LÚDICAS EXTRAESCOLARES SIEMPRE QUE SEAN ORGANIZADAS POR LA ESCUELA, TALES COMO EXCURSIONES ACADÉMICAS Y DEPORTIVAS, VISITAS A MUSEOS, FÁBRICAS Y COMPETENCIAS ACADÉMICAS Y DEPORTIVAS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, INCLUYENDO TAMBIÉN AQUELLAS QUE SE REALICEN EN EL ESTADO DE ARIZONA, ESTADO UNIDOS; ASÍ COMO LAS PRÁCTICAS DE SERVICIO SOCIAL EN CUALQUIER LUGAR O UBICACIÓN DENTRO O FUERA DEL ESTADO DE SONORA Y OTRAS ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES SIEMPRE QUE SEAN AUTORIZADAS Y ORGANIZADAS POR LA ESCUELA Y REPORTADAS A LA ASEGURADORA.

EN CASO DE QUE EL ESTADO DETERMINE QUE NO ES POSIBLE QUE EL ALUMNADO TOME CLASES DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS, SEA POR PANDEMIA DECLARADA, LA APLICACIÓN DEL PLAN DN-3 O CUALQUIER OTRO RIESGO QUE IMPIDA LA ASISTENCIA REGULAR A LAS ESCUELAS OBJETO DE ESTA COBERTURA, ENTONCES LA COBERTURA SE HARÁ EXTENSIVA DENTRO DEL HORARIO ESCOLAR A LOS HOGARES O LUGARES DONDE EL ALUMNADO TOME LAS CLASES.

## 8. EXCLUSIONES GENERALES

NO SE CUBRIRÁN LOS SINIESTROS, O NO SE PROPORCIONARÁN LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS, PAGOS DIRECTOS, GASTOS O REEMBOLSOS CUANDO SEAN A CONSECUENCIA DE:

- A) SALVO LO PREVISTO PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y ACADÉMICAS OFICIALES, ACCIDENTES QUE OCURRAN FUERA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O DEL RADIO PREVISTO DE CIENTO METROS A LA REDONDA, O EVENTOS QUE OCURRAN FUERA DEL HORARIO ESCOLAR O DE LOS HORARIOS ASIGNADOS PARA SERVICIO SOCIAL O PRACTICAS, EN DÍAS FESTIVOS O DÍAS NO LABORABLES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.
- B) LESIONES AUTO INFRINGIDAS, CON EXCEPCION DE LO PREVISTO PARA SUICIDIO DENTRO DE INSTALACIONES ESCOLARES O DONDE SEA APLICABLE LA COBERTURA, Y AQUELLAS LESIONES POR INGESTION DE OBJETOS EN MENORES DE EDAD.
- C) PÉRDIDAS ORGÁNICAS
- D) LOS TRASPLANTES DE CUALQUIER TIPO DE ÓRGANOS, EXCEPTO TRASPLANTAS DE PIEL EN CASO DE QUEMADURAS INCAPACITANTES.
- E) INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TEMPORAL O PARCIAL. SALVO LOS GASTOS MÉDICOS INDEMNIZABLES POR CONCEPTO DE HOSPITALIZACIÓN, HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, AMBULANCIA Y GASTOS DE FARMACIA **EXCLUSIVAMENTE DENTRO DEL HOSPITAL** QUE HAYAN SIDO INCURRIDOS EN LA ATENCIÓN DEL ACCIDENTE QUE DIÓ ORIGEN A DICHA CONDICIÓN.
- F) LOS PAROS CARDIO-RESPIRATORIOS, INFARTOS, EMBOLIAS, SHOCK ANAFILÁCTICO, COMA DIABÉTICO, ATAQUES EPILEPTICOS, ACCIDENTES VASCULARES O CEREBRO VASCULARES O CUALQUIER DESVANECIMIENTO PROLONGADO DE ORIGEN VASCULAR O POR AFECCIÓN CARDIACA PRE-EXISTENTE QUE NO ESTÉ RELACIONADO CON UN ACCIDENTE O LESIÓN FÍSICA SÚBITO Y EVIDENTE QUE HAYA SUCEDIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- G) HEMORRAGIAS CEREBRALES O INTERNAS QUE NO TENGAN SU ORIGEN EN UN ACCIDENTE ASEGURADO EN TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA.
- H) CUALQUIER GASTO DE FARMACIA INCURRIDO POSTERIOR AL ALTA DEL HOSPITAL O CENTRO DESALUD QUE BRINDE LA PRIMERA ATENCIÓN.
- I) GASTOS DE FARMACIA QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE O AMPARADO BAJO LA PÓLIZA, O QUE OCURRAN FUERA DEL HOSPITAL O CLÍNICA QUE BRINDE LA PRIMERA ATENCIÓN
- J) PARA EL CASO DE REEMBOLSOS, NO SE INDEMNIZARÁN COSTOS O GASTOS QUE NO ESTÉN ACOMPAÑADOS DE FACTURAS O RECIBOS QUE REÚNAN LOS REQUISITOS FISCALES VIGENTES.
- K) COSTOS U HONORARIOS DE ENFERMERÍA FUERA DEL HOSPITAL
- L) ACTOS EN SERVICIO MILITAR O NAVAL, ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, INVASIÓN, HOSTILIDADES (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), ALBOROTOS POPULARES O REVOLUCIÓN.
- M) LESIONES POR VIOLENCIA FAMILIAR O DOMÉSTICA EN TODAS SUS MODALIDADES.
- N) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO DIRECTA E INTENCIONALMENTE EN ACTOS DELICTIVOS, MOTINES, O RIÑAS (SALVO COMO VÍCTIMA DE DICHOS ACTOS)
- O) MUERTE POR SUICIDIO O A CONSECUENCIA DEL INTENTO DE SUICIDIO
- P) GASTOS MÉDICOS POR INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS, SALVO CUANDO SE ACREDITE QUE EL INTENTO DE SUICIDIO Y DICHAS LESIONES SUCEDIERON DENTRO DE LA

- ESCUELA.
- Q) ACCIDENTES CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, CUALQUIERA QUE SEA SU GRADO, DROGAS, ENERVANTES, ESTIMULANTE O SIMILARES; EXCEPTO SI FUERON PRESCRITAS POR UN MÉDICO O HUBIESEN SIDO ADMINISTRADAS ILÍCITAMENTE SIN EL CONOCIMIENTO DE LA VÍCTIMA.
  - R) EXPLOSIONES NUCLEARES O RADIOACTIVAS O POR CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA
  - S) LESIONES PRODUCIDAS POR EXPLOSIVOS ASOCIADOS AL USO RECREATIVO DE FUEGOS ARTIFICIALES, SALVO COMO VÍCTIMA COLATERAL CUANDO ESTA NO HAYA SIDO PARTICIPE DE SU USO.
  - T) ACCIDENTES QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE A BORDO DE UN VEHÍCULO PARTICULAR, CUATRIMOTO, AERONAVE PARTICULAR O COMERCIAL O CUALQUIER TIPO EMBARCACIÓN.
  - U) CUALESQUIERA ACCIDENTES O TRATAMIENTOS NECESARIOS ASOCIADOS QUE DERIVEN DEL USO RECREATIVO DE MOTOCICLETAS. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICARA CUANDO SE ACREDITE QUE LA MOTOCICLETA EN LA QUE SE SUFRIÓ EL ACCIDENTE SE ENCONTRABA EN USO PARA CUBRIR EL TRAYECTO DE LA CASA A LA ESCUELA O VICEVERSA, O DESTINO DE SERVICIO SOCIAL EN SU CASO.
  - V) CUALQUIER CIRUGÍA O TRATAMIENTO MÉDICO DE CARÁCTER MAXILOFACIAL O DENTAL QUE DERIVE DE INFECCIONES DENTALES, CARIES O CUALQUIER CAUSA NO ASOCIADA A UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE BAJO LA PÓLIZA.
  - W) HERNIAS Y EVENTRACIONES
  - X) TRATAMIENTOS DERIVADOS DE ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS MENTALES O TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. SIN EMBARGO, ESTA EXCLUSIÓN NO DEBE SER INTERPRETADA PARA EXCLUIR LOS ACCIDENTES QUE PUEDAN SUFRIR ALUMNOS INSCRITOS BAJO PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD MENTAL.
  - Y) CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD, LESIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE DERIVE DE CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, BACTERIANA O VIRAL, SALVO QUE SE ACREDITE QUE DICHO CONTAGIO OCURRIÓ POR ALIMENTOS SUMINISTRADOS O VENDIDOS POR EL CONTRATANTE DENTRO DE LAS PROPIAS INSTALACIONES ESCOLARES ASEGURADAS, O POR MOTIVO DE UNA SEPSIS CONTRAÍDA DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
  - Z) ENFERMEDADES CRÓNICAS, CONGÉNITAS, O RECURRENTES SEGÚN SE DEFINEN BAJO LA PÓLIZA, ASÍ COMO PADECIMIENTOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA, O QUE PUEDA SURGIR DEL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES EXPRESAMENTE EXCLUIDAS EN ESTE CONTRATO. ASÍ COMO POR ACCIDENTES OCURRIDOS FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
  - AA) LESIONES O ACCIDENTES QUE SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR PREEXISTENTE LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO DE "DEFINICIONES".
  - BB) AFECCIONES O TRASTORNOS DE LA PIEL O CUALQUIER TIPO DE TEJIDOS POR SEPSIS O CONTAMINACIÓN POR CONTACTO CON CUALQUIER TIPO DE VIRUS O BACTERIAS, SALVO EN LOS CASOS QUE DICHA AFECCIÓN SEA CONTRAÍDA DURANTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO U HOSPITALIZACIÓN SEGUIDA DE UN ACCIDENTE ASEGURABLE E INDEMNIZABLE BAJO ESTA PÓLIZA.
  - CC) ABORTO O PARTOS PREMATUROS, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA. PERO ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIA CUANDO DICHO EVENTO SUCEDA DENTRO DE

- INSTALACIONES ESCOLARES Y SE TRATE DE UNA EMERGENCIA QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA DEL AFECTADO.
- DD) DE MANERA ABSOLUTA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.
  - EE) DE MANERA ABSOLUTA CUALQUIER GASTO MÉDICO O DE FARMACIA RELACIONADO CON EMBARAZO
  - FF) GASTOS REALIZADOS POR ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO O SUS DEPENDIENTES DURANTE EL INTERNAMIENTO DE ÉSTE EN SANATORIO U HOSPITAL.
  - GG) GASTOS POR TRATAMIENTO PROFILÁCTICO, PREVENTIVO, MULTIVITAMÍNICOS, SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS, GASTRO PROTECTORES, Y GASTOS PERSONALES NO RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DENTRO DEL HOSPITAL.
  - HH) LA REPOSICIÓN DE PRÓTESIS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES, DE APARATOS ORTOPÉDICOS, ASÍ COMO PRÓTESIS AUDITIVAS Y/O IMPLANTES AUDITIVOS Y/O AUXILIARES PARA MEJORAR LA AUDICIÓN, QUE EL ASEGURADO YA UTILIZABA ANTES DE UN ACCIDENTE ASEGURABLEE INDEMNIZABLE BAJO LA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE SEA SU TIPO, Y SIN IMPORTAR LA NATURALEZA O CAUSA DE SU REPOSICIÓN.
  - II) CONVALECENCIAS EN UNA ESTANCIA O EN UNA CASA DE REPOSO, DE ALOJAMIENTO, DE CAMPO, ESTABLECIMIENTOS TERMALES Y CLIMÁTICOS, HOSPICIOS, CLÍNICAS O HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, INSTITUTOS MÉDICOS PEDAGÓGICOS, SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA, ESTABLECIMIENTOS DE CURA O SIMILARES.
  - JJ) CUALESQUIERA TRATAMIENTOS DENTALES QUE NO SEAN PRODUCTO INMEDIATO DE UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE AL AMPARO DE LAS CONDICIONES DE PÓLIZA.
  - KK) CUALQUIER TIPO DE PRUEBAS Y TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA EN EL MOMENTO EN QUE TOMA EFECTO LA PÓLIZA, ASÍ COMO LAS CIRUGÍAS O LAS TERAPIAS CONSIDERADAS COMO EXPERIMENTALES EN EL MISMO MOMENTO, SALVO QUE SEAN EXPRESAMENTE APROBADAS POR LA COMPAÑÍA. TAMPOCO ESTÁN CUBIERTAS LA ACUPUNTURA, LA HOMEOPATÍA Y LA ORGANOMETRÍA O CUALQUIER OTRA SIMILAR.
  - LL) TRATAMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS, DE REJUVENECIMIENTO O DE ADELGAZAMIENTO, DE CAMBIO DE SEXO O ESTERILIZACIÓN, DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SEA REPARADORA DE UN ACCIDENTE ASEGURABLE E INDEMNIZABLE BAJO LA PÓLIZA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
  - MM) DEFECTOS, DEFORMACIONES FÍSICAS Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS, ASÍ COMO LAS COMPLICACIONES QUE PUDIERAN ESTAR ASOCIADAS A LAS ANTERIORES EN CASO DE ACCIDENTE.
  - NN) CHEQUEOS MÉDICOS.
  - OO) VACUNAS
  - PP) TODA IMPLANTACIÓN, REPOSICIÓN Y/O REPARACIÓN DE ARTÍCULOS DE ORTOPEDIA, AUDÍFONOS O APARATOS AUDITIVOS, LENTES O LENTES DE CONTACTO.
  - QQ) LAS ESTANCIAS EN HOSPITAL Y/O CLÍNICAS PARA CURAS DE DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA O DE OTRAS SUSTANCIAS.
  - RR) TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS O DERIVADAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SUS POSIBLES MUTACIONES: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y SUS VARIEDADES. ASÍ COMO CUALQUIER INFECCIÓN OPORTUNISTA ASOCIADA AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS INCLUYEN, PERO NO SELIMITAN A PNEUMOCYSTIS, NEUMONÍA CARINII, VIRUS DE ORGANISMOS DE ENTERITIS CRÓNICA Y/O INFECCIONES DISEMINADAS POR HONGOS.
  - SS) CUALQUIER TIPO DE CÁNCER O NEOPLASIA
  - TT) DIÁLISIS Y HEMODIÁLISIS

- UU) TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE GUILLEN BARRE O ENFERMEDAD DE LYME.
- VV) ENFERMEDADES Y ACCIDENTES RESULTANTES DE LA REALIZACIÓN Y/O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO COMO AMATEUR O PROFESIONAL EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS RIESGOSAS INCLUYENDO AQUELLAS DE ALTO IMPACTO O CONTACTO (TALES COMO ARTES MARCIALES, BOXEO O LUCHA LIBRE), RAPEL, ALPINISMO, PARACAIDISMO, COMPETENCIAS ECUESTRES O JARIFEOS, ACTIVIDADES RECREATIVAS DE ELEVADA PELIGROSIDAD (TALES COMO PIROTECNIA, TIRO CON ARMAS, EXCEPTO TIRO CON ARCO EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR LA ESCUELA), EMPLEO DE SUSTANCIAS EXPLOSIVAS O QUIMICAS (SALVO QUE ESTAS OCURRAN DENTRO DE LA ESCUELA COMO PARTE DE UNA CLASE DE QUIMICA), ACTIVIDADES DE EXPLORACIÓN SUBTERRÁNEA O SUBACUÁTICAS, USO DE AUTOS DEL TIPO “RZR”, “RAZER”, “POLARIS” O SIMILARES, USO DE TIROLESAS, CICLISMO DE MONTAÑA, ACROBACIAS DE CUALQUIER ÍNDOLE, SALTOS DESDE PUENTES O LUGARES ELEVADOS, VUELO DELTA, SUERTES TAURINAS DE CUALQUIER CLASE, CARRERAS CON VEHÍCULOS, EMBARCACIONES O ESQUÍ, Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL O AMATEUR DE DEPORTES QUE NO CALIFIQUEN COMO ACTIVIDADES CURRICULARES DE EDUCACIÓN FÍSICA.
- WW) LA PROLONGACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS ASÍ COMO LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DEBIDOS A RECAÍDAS O AGRAVACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA INTERRUPCIÓN U OMISIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE FORMA VOLUNTARIA Y DELIBERADA, NOTORIAMENTE PERJUDICIALES PARA SU SALUD Y SIN CAUSA JUSTIFICADA, DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O SANITARIOS QUE LE HAYAN SIDO PRESCRITOS PREVIAMENTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE ASEGURADO EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, NO ADMITIÉNDOSE EXPRESAMENTE COMO JUSTIFICACIÓN LAS CREENCIAS RELIGIOSAS O CULTURALES.
- XX) EL EXCESO DE LA DURACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN CUANDO OPCIONALMENTE EL ASEGURADO ELIJA UN TRATAMIENTO ALTERNATIVO QUE REQUIERA ESTANCIAS HOSPITALARIAS MÁS PROLONGADAS. LA COMPAÑÍA ABONARÁ ÚNICAMENTE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL TRATAMIENTO QUE, DE ACUERDO CON EL CRITERIO COMÚNMENTE ACEPTADO POR LA PRÁCTICA MÉDICA, REQUIERA ESTANCIAS MÁS CORTAS SIENDO LA DIFERENCIA POR CUENTA DEL ASEGURADO.
- YY) TRATAMIENTOS POR COMPLICACIONES RESPIRATORIAS, LAS DE TIPO CIRCULATORIO, HEMATOLÓGICAS O CUALESQUIERA OTRAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL COVID-19 U OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
- ZZ) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES O ENFERMEDAD, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE O SERVICIOS FUNERARIOS PARA PERSONAL DOCENTE, O ADMINISTRATIVO Y DIRECTORES DE ESCUELAS (COLECTIVIDAD “C”); SALVO LO PREVISTO PARA VIAJES INTERNACIONALES DECLARADOS A LA ASEGURADORA.
- AAA) SINIESTROS O ACCIDENTES FUERA DE VIGENCIA, O AQUELLOS QUE SUCEDAN FUERA DEL CICLO ESCOLAR O EN DÍAS INHÁBILES O FESTIVOS FUERA DE LOS DOMICILIOS DADOS DE ALTA PARA CADA INSTITUCIÓN; SALVO LO PREVISTO EN CASO DE CONTINGENCIAS SANITARIAS (CLAUSULA 26.1.7) O LA CLÁUSULA DE LÍMITE TERRITORIAL.
- BBB) GASTOS NO RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO TALES COMO PAÑUELOS, DESECHABLES, CREMAS, LOCIONES, CAJA FUERTE, SERVICIO TELEFÓNICO, TELEVISIÓN, RESTAURANTE, O CAFETERÍA, ENTRE OTROS.
- CCC) TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA, INHALO TERAPIA, Y/O QUIMIOTERAPIA,
- DDD) ABSOLUTAMENTE CUALQUIER TRATAMIENTO DERIVADO DE UNA ENFERMEDAD O PADECIMIENTO COMO DEFINIDOS EN ESTA PÓLIZA.
- EEE) QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS LOS ACCIDENTES VIALES A BORDO DE VEHÍCULOS

PARTICULARES. ESTA EXCLUSIÓN NO ES APLICABLE A LOS ACCIDENTES QUE SUCEDAN EN TRAYECTOS IDA-VUELTA DE LA CASA A LA ESCUELA, O EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES ORGANIZADAS POR LA ESCUELA (INCLUIDO EL SERVICIO SOCIAL) CUANDO DICHOS ACCIDENTES SUCEDAN ABORDO DE AUTOBUSES, MICROBUSES O CAMIONETAS DE TRANSPORTE ESCOLAR PROPIAS DEL ASEGURADO O VEHÍCULOS QUE HAYAN SIDO EXPRESAMENTE RENTADOS PARA EL TRANSPORTE DE ESTUDIANTES CON MOTIVO DE ALGUNA EXCURSIÓN ACADÉMICA O DEPORTIVA.

## 9. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD (SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL).

### A) **BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

PARA COLECTIVIDAD “A” O “B” : \$ 50,000.00 (CIENCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.) PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN POR ÚNICA VEZ.

### B) **COBERTURA NACIONAL DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE- NACIONAL (COLECTIVIDAD “A” Y “B” EXCLUSIVAMENTE) BAJO LA MODALIDAD DE PAGO DIRECTO EN HOSPITALES DE RED: HASTA \$ 35,000.00 (TREINTA Y CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.) PAGO MÁXIMO POR ALUMNO POR CUALQUIER ACCIDENTE SIN LIMITE DE ACCIDENTES POR AÑO. PERO PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO EN HOSPITALES FUERA DE RED ESTARÁ SUJETO A UN DEDUCIBLE DE: \$ 5,000.00 (CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.) A CARGO DEL ESTUDIANTE, SU PADRE O TUTOR POR CADA Y TODA RECLAMACIÓN.**

SE ACUERDA QUE PARA EVENTOS FUERA DE RED O QUE NO HAYAN SIDO REPORTADOS A LA CABINA DENTRO DEL PLAZO DE **24 HORAS** POSTERIORES AL ACCIDENTE, APLICARA UN DEDUCIBLE DE: \$ 5,000.00 (CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.) CADA Y TODA ACCIDENTE SALVO EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- i. CUANDO NO SE CUENTE DENTRO DE LA RED CON UN HOSPITAL O CLÍNICA DE ATENCIÓN DENTRO DE LA MISMA LOCALIDAD DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, Y LA VÍCTIMA O SUS PADRES ESTÉN IMPEDIDOS DE TRASLADARLO POR SUS PROPIOS MEDIOS AL HOSPITAL FUERA DE LA LOCALIDAD DESIGNADO POR LA CABINA.
- ii. CUANDO EL ACCIDENTE NO PUEDA SER ATENDIDO EN EL HOSPITAL DE RED DESIGNADO (CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA SIEMPRE QUE SEA AJENA A LA VÍCTIMA).

### C) **SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE (COLECTIVIDADES “A”, “B” Y “C”): BAJO LA MODALIDAD DE PAGO DIRECTO EN RED HASTA 50KM O \$ 8,000.00 (OCHO MIL PESOS 00/100 M.N.) LO QUE SUCEDA Y SE AGOTE PRIMERO, QUEDANDO LAS DIFERENCIAS A CARGO DEL ASEGURADO, SU PADRE, MADRE O TUTOR O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE EJERZA LA PATRIA POTESTAD. ESTE BENEFICIO ES ADICIONAL A LA SUMA ASEGURADA GLOBAL Y NO CONTABILIZA COMO DEDUCCIÓN A LA MISMA. SERVICIO LIMITADO A 2 SERVICIOS POR ALUMNO POR AÑO ESCOLAR.**

### D) **ASISTENCIA FUNERARIA: HASTA 20,000.00 (VEINTE MIL PESOS 00/100 M.N.) PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN POR ÚNICA VEZ VÍA REEMBOLSO.**

### E) **COBERTURA INTERNACIONAL DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA HASTA \$ 500,000.00 (QUINIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) PAGO MÁXIMO POR CUALQUIER ACCIDENTE O PADECIMIENTO POR CADA AÑO DE COBERTURA POR ALUMNO O PROFESOR **SOLO PAGO DIRECTO** SUJETO A UN DEDUCIBLE DE 30,000.00 (TREINTA MIL PESOS M.N. 00/100) POR EVENTO. ESTA COBERTURA REQUIERE SER ACTIVADA PREVIAMENTE MEDIANTE EL AVISO DE EXCURSIÓN Y NO PREVE NINGÚN TIPO DE REEMBOLSO DE GASTO ADICIONAL AL LIMITE**

INDICADO Y EL PLAZO MÁXIMO PARA CUALQUIER VIAJE SERÁ DE 15 DÍAS.

- F) **REPATRIACIÓN INTERNACIONAL SANITARIA, HOSPITALARIA O FUNERARIA** HASTA \$ 300,000.00 (TRESCIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) POR EVENTO, SOLO PAGO DIRECTO, SUJETO AL PAGO DE UN DEDUCIBLE DE \$ 5,000,000 (CINCO MIL PESOS M.N. 00/100) POR EVENTO. ESTA COBERTURA REQUIERE SER ACTIVADA PREVIAMENTE MEDIANTE EL AVISO DE EXCURSIÓN Y NO PREVÉ NINGÚN TIPO DE REEMBOLSO DE GASTO ADICIONAL AL LIMITE INDICADO Y EL PLAZO MÁXIMO PARA CUALQUIER VIAJE SERÁ DE 15 DIAS.
- G) **ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA O VIRTUAL** (COLECTIVIDAD “A, B Y C”)
- H) **ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA O VIRTUAL.** (COLECTIVIDAD “A, B Y C”)
- I) **ORIENTACIÓN LEGAL EN MATERIA CIVIL O PENAL** (COLECTIVIDAD “C” EXCLUSIVAMENTE)
- J) **CONDICIÓN PARTICULAR DE TRASLADO DE COBERTURA AL HOGAR** (COLECTIVIDAD “A” “B” Y “C” POR SUS RESPECTIVAS COBERTURAS)

#### 9.1 LÍMITES ADICIONALES ESPECIALES

LA ASEGURADORA ACUERDA QUE SI DURANTE LA VIGENCIA HUBIESE CASOS GRAVES CUYA ATENCIÓN MEDICA SUPERE EL MONTO DE TREINTA Y CINCO MIL PESOS PREVISTOS ARRIBA SE ESTARÁ A LO SIGUIENTE:

9.1.1. SE OTORGARÁN EXCLUSIVAMENTE PARA LA COLECTIVIDAD “A”, HASTA 10 REINSTALACIONES AUTOMÁTICAS DE DICHO LIMITE \$35,000.00 (TREINTA Y CINCO MIL PESOS) DURANTE CADA ANUALIDAD DE LA PÓLIZA. DICHAS REINSTALACIONES SÓLO SE OTORGARÁN UNA ÚNICA OCASIÓN A CADA CASO QUE SE PRESENTE Y QUE RAZONABLEMENTE PUEDA EXCEDER LOS \$50,000.00 (**CINCUENTA MIL PESOS**). LA UTILIZACIÓN DE DICHAS REINSTALACIONES SE ACTIVARÁ EN EL ORDEN EN QUE SE PRESENTEN DICHOS CASOS. EL QUE DICHA REINSTALACIÓN NO SE AGOTE EN ALGUNO DE LOS CASOS NO FACULTA EL TRASLADO DE SALDOS REMANENTES A CUALQUIER OTRA PERSONA O CASO O FUTURO ACCIDENTE DE LA MISMA PERSONA.

9.1.2 SE OTORGARÁN INDISTINTAMENTE PARA LAS COLECTIVIDADES “A” O “B” HASTA 10 SUMAS CATASTRÓFICAS DE 265,000.00 (DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS) DURANTE EL PERIODO TOTAL DE COBERTURA DE LA PÓLIZA. DICHA SUMA SE OTORGARÁ POR UNA ÚNICA OCASIÓN AL ESTUDIANTE QUE SUFRIENDO UN ACCIDENTE AL AMPARO DE LAS CONDICIONES DE PÓLIZA OCUPE DICHA SUMA PARA CUBRIR GASTOS MÉDICOS QUE PUEDAN EXCEDER SETENTA MIL PESOS. QUEDA ENTENDIDO QUE ESTA SUMA NO SERÁ ACUMULABLE A LA REINSTALACIÓN PREVISTA EN EL INCISO 9.1.1 Y QUE NO SE PODRÁ OTORGAR MÁS DE UNA SUMA CATASTRÓFICA POR ACCIDENTE POR ESTUDIANTE DURANTE TODO EL PERIODO DE LA PÓLIZA. ASÍ MISMO SE ACUERDA QUE ESTAS SUMAS CATASTRÓFICAS SOLO SE ASIGNARÁN A UN MÁXIMO DE 10 CASOS QUE PUEDAN REBASAR LOS 70,000.00 (SETENTA MIL PESOS). EL QUE DICHA SUMA NO SE AGOTE EN SU TOTALIDAD POR EL CASO AL QUE SEA ASIGNADA NO FACULTA EL TRASLADO DE SALDOS REMANENTES A CUALQUIER OTRA PERSONA O CASO O FUTURO ACCIDENTE DE LA MISMA PERSONA.

EN AMBOS CASOS ARRIBA SE ACUERDA QUE ESTOS LÍMITES ESPECIALES SE OTORGARAN EN EL ORDEN EN QUE SE PRESENTEN LO CASOS CONFORME LA ASEGURADORA DETERMINE EL ESCALAMIENTO DE COSTOS; POR LO QUE NO SERÁ POSIBLE DISCRIMINAR LA ASIGNACIÓN DE DICHAS SUMAS ENTRE LA COLECTIVIDAD POR CUALQUIER OTRA RAZÓN. PARA FINES DE APLICACIÓN DE ESTOS INCISOS SE ACUERDA QUE LAS REINSTALACIONES (INCISO 9.1.1) Y LAS SUMAS CATASTRÓFICAS (INCISO 9.1.2) NO SERÁN ACUMULABLES ENTRE SÍ, POR LO QUE SOLO SE OTORGARA UNA U OTRA.

UNA VEZ AGOTADOS LOS LIMITES ESPECIALES NO SERA POSIBLE AMPLIAR LA COBERTURA DE ALGUNA OTRA MANERA.

## **10. DEDUCIBLES**

**10.1 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS (NACIONAL) POR ACCIDENTE BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO, DE \$5,000.00 (CINCO MIL PESOS M.N. 00/100) POR CADA ACCIDENTE, SALVO LO PREVISTO EN EL INCISO "B" DEL INCISO 9 (ARRIBA) Y LO SIGUIENTE:**

TRATANDOSE DE ASISTENCIA MEDICA NACIONAL NO TENDRA APLICACIÓN EL DEDUCIBLE ANTES SEÑALADO:

- 10.1.1 CUANDO EL ACCIDENTE SE REPORTE A CABINA DENTRO DEL PERIODO MÁXIMO D 24 HORAS
- 10.1.2 CUANDO NO SE CUENTE DENTRO DE LA RED CON UN HOSPITAL O CLÍNICA DE ATENCIÓN DENTRO DE LA MISMA LOCALIDAD DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, Y LA VÍCTIMA O SUS PADRES ESTÉN IMPEDIDOS DE TRASLADARLO POR SUS PROPIOS MEDIOS A UN HOSPITAL DESIGNADO POR LA CABINA FUERA DE LA LOCALIDAD.
- 10.1.3 CUANDO EL ACCIDENTE NO PUEDA SER ATENDIDO EN EL HOSPITAL DE RED DESIGNADO (SIEMPRE QUE SEA ATRIBUIBLE A LA SATURACIÓN O CAPACIDAD DEL HOSPITAL DESIGNADO Y SEA AJENA A LA VÍCTIMA).

## **10.2 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS (INTERNACIONAL)**

- 10.2.1 ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL DE \$30,000.00 (TREINTA MIL PESOS M.N 00/100) POR EVENTO O SU EQUIVALENTE EN **MONEDA AMERICANA**.
- 10.2.2 REPATRIACIÓN INTERNACIONAL SANITARIA, HOSPITALARIA O FUNERARIA \$ 6,000.00 (SEIS MIL **PESOS M.N. 00/100) POR EVENTO O SU EQUIVALENTE EN MONEDA AMERICANA**.

## **11 COMUNICACIONES**

TODA ATENCIÓN TELEFÓNICA A USUARIOS SE HARÁ MEDIANTE LAS "CALL CENTERS" DESIGNADO PARA TAL FIN SEÑALADO EN LA PÓLIZA, ASÍ COMO POR ESCRITO A:

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Rodrigo Muedano Villafranco  
CORREO: [rmuedano@segurosazteca.com.mx](mailto:rmuedano@segurosazteca.com.mx)  
TELÉFONO DIRECTO: 55 5508 1626

## **12 MODIFICACIONES**

LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y SUS ENDOSOS, SÓLO PUEDEN MODIFICARSE PREVIO ACUERDO POR ESCRITO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA.

## **13 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**

EL CONTRATANTE, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO TENDRÁ LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- A. LA DIFUSIÓN DE LOS BENEFICIOS Y OBLIGACIONES DE ESTE SEGURO ENTRE LAS COLECTIVIDADES CUBIERTAS.
- B. COADYUVAR CON LA COMPAÑÍA, CUANDO ASÍ SE LO SOLICITE, PARA ACREDITAR EN SU CASO, LA ELEGIBILIDAD DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO QUE PRESENTE ALGUNA RECLAMACIÓN O SOLICITUD DE SERVICIO.
- C. COADYUVAR CON LA COMPAÑÍA, CUANDO ASÍ SEA SOLICITADO, PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LA

COLECTIVIDAD CUBIERTA PARA GOZAR DE LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA QUE NECESARIAMENTE IMPLIQUEN UN CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO O QUIEN TENGA SU PATRIA POTESTAD.

- D. EL PAGO OPORTUNO DE PRIMAS Y AJUSTES, EN SU CASO.
- E. EL PROPORCIONAR EN TIEMPO Y FORMA LOS AVISOS DE EXCURSIÓN AL EXTRANJERO PARA ACTIVAR LAS COBERTURAS Y ASISTENCIAS INTERNACIONALES. LOS **AVISOS PARA EXCURSIONES INTERNACIONALES** DEBERÁN SER REALIZADOS UN CON MÍNIMO DE 10 (DIEZ DÍAS) HÁBILES Y ESTAR FIRMADO Y SELLADOS POR EL DIRECTOR DEL PLANTEL RESPONSABLE, INDICANDO DESTINO, DURACIÓN DEL VIAJE, NOMBRE COMPLETO DE LOS ESTUDIANTES, NOMBRE COMPLETO, EN SU CASO DE LOS ADULTOS RESPONSABLES, COPIA LEGIBLE DE CADA UNO DE LOS PASAPORTES (VIGENTES) DE LAS PERSONAS QUE DEBAN SER CUBIERTAS, ASÍ COMO COPIA DE CREDENCIAL DE CADA ESTUDIANTE.
- F. PROPORCIONAR LA LISTA DE PROFESORES Y DIRECTIVOS (INCLUYENDO SU NÚMERO DE FICHA Y ADSCRIPCIÓN) POR CADA UNA DE LAS ESCUELAS REGISTRADAS; EN EL ENTENDIDO DE QUE SERÁN LOS FACULTADOS PARA DAR AVISO A LA CABINA DE LA ASEGURADORA PARA REQUERIR LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA O ATENCIÓN, PARA CUALQUIER MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD AFECTADA.

#### 14 **ALTAS Y BAJAS DE LA COLECTIVIDAD.**

NO ES NECESARIO REALIZAR LA DECLARACIÓN DE ALTAS O BAJAS O AJUSTES POR ALTAS O BAJAS.

#### 15 **ASEGURADOS Y MOVIMIENTOS**

REGISTRO. PARA FINES DE ACTIVACIÓN DE LAS COBERTURAS Y ASISTENCIAS PREVISTAS:

LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO COADYUVARÁN EN LA INTEGRACIÓN DE UN REGISTRO DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DE LAS ESCUELAS ASEGURADAS AUTORIZADOS PARA DAR AVISO DE RECLAMACIONES, EL CUAL CONTARÁ, EN SU CASO, CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- NOMBRE COMPLETO
- CURP.
- NÚMERO DE FICHA O EMPLEADO
- NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PLANTEL O INSTITUCIÓN A LA QUE ESTE ADSCRITO.
- NÚMERO DE CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO.

NO SERÁ NECESARIO EMITIR O CONTAR CON UN CERTIFICADO PARA CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD CUBIERTA PARA GOZAR DE LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA, PERO SUS NOMBRES DEBERÁN ESTAR DADOS DE ALTA EN LOS SISTEMAS DE LA ASEGURADORA PARA FINES DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.

ASÍ MISMO LA ASEGURADORA ACUERDA RENUNCIAR A LO ESTABLECIDO RESPECTO DE LA OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE DE HACER DEL CONOCIMIENTO DE LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN PREVISTA EN LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

#### 16 **REPORTE DE MOVIMIENTOS.**

EL CONTRATANTE NO TENDRÁ OBLIGACIÓN DE REPORTAR POR ESCRITO LOS MOVIMIENTOS DE ALTA O BAJA DE ESTUDIANTES ASEGURADOS PARA FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD CUBIERTA, SIEMPRE QUE LA PERSONA CUMPLA CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE UNA PÓLIZA QUE SE ENCUENTRE AL CORRIENTE EN PAGOS DE PRIMA. SE ACUERDA SIN EMBARGO QUE PARA LA ACTIVACIÓN DE LOS SERVICIOS O COBERTURAS DE SEGURO SERÁ NECESARIO QUE EL DOCENTE O DIRECTIVO ESTE DADO DE ALTA COMO PARTE DE LA COLECTIVIDAD DE PROFESORES Y DIRECTORES AUTORIZADOS.

SE ACUERDA QUE LA PROTECCIÓN Y POR ENDE EL REEMBOLSO DE SINIESTROS Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

QUEDA CONDICIONADO A LA CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD POR PARTE DE LA COMPAÑÍA CONFORME A LOS CRITERIOS PACTADOS Y LAS PRUEBAS QUE EN TAL CASO ESTÁ FACULTADA PARA PEDIR DURANTE EL SERVICIO.

NO SERÁ CONDICIÓN PRECEDENTE PARA ESTAR ASEGURADO EL QUE EL CONTRATANTE NOTIFIQUE POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS NUEVOS INGRESOS DE A LA COLECTIVIDAD "A", COLECTIVIDAD "B" O COLECTIVIDAD "C" SEGÚN CORRESPONDA.

SALVO LO PREVISTO EN LA CLÁUSULA 27.1.10 **CONDICIÓN PARTICULAR DE TRASLADO DE COBERTURA**, LA BAJA DE UN ASEGURADO ES EFECTIVA AL MOMENTO DE QUE ABANDONE SU ESTUDIO O SE SUSPENDA LA ASISTENCIA A LA INSTITUCIÓN DE QUE SE TRATE POR UN PERIODO MAYOR A 30 DÍAS (SALVO EN CASO DE QUE SE ACREDITE ENFERMEDAD O ACCIDENTE), SIN QUE PARA ELLO DEBA SER NOTIFICADA A LA ASEGURADORA.

## 17 **EDAD.**

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE CONSIDERA COMO EDAD DE LOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD, LOS AÑOS (O EN SU CASO DÍAS) CUMPLIDOS QUE TENGA A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DE CUALQUIERA DE SUS RENOVACIONES.

LA EDAD DECLARADA POR EL ASEGURADO PODRÁ COMPROBARSE FEHACIENTEMENTE, UNA SOLA VEZ, CUANDO ASÍ LO CONSIDERE CONVENIENTE LA COMPAÑÍA.

CUANDO SE COMPRUEBE QUE HUBO INEXACTITUD EN LA INDICACIÓN DE LA EDAD DEL ASEGURADO O LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD, LA COMPAÑÍA NO PODRÁ RESCINDIR EL CONTRATO, PERO SI LIMITAR PRESTACIONES O NEGAR LA COBERTURA AL BENEFICIARIO EN CUESTIÓN POR ESTAR FUERA DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN PACTADOS POR LAS PARTES, Y SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES REGLAS:

- 17.1 CUANDO A CONSECUENCIA DE LA INDICACIÓN INEXACTA DE EDAD, SE PAGARE UNARECLAMACIÓN, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA CONTABILIZARÁ DICHO PAGO COMO UNA PRIMA ADICIONAL Y SERÁ INCLUIDA COMO TAL EN LAS CUENTAS Y RECIBOS CORRESPONDIENTES.
- 17.2 LA COMPAÑÍA TENDRÁ DERECHO A REPETIR EN CONTRA DEL BENEFICIARIO O CONTRATANTE LO QUE HUBIERE PAGADO DE MÁS SIN EL COBRO DE INTERÉS ALGUNO;
- 17.3 SI HUBIESE UNA RECUPERACIÓN DE DICHO MONTO ESTA SERÁ ACREDITADA AL 100% A LA CUENTA DEL CONTRATANTE.
- 17.4 SÍ CON POSTERIORIDAD A LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO SE DESCUBRIERA QUE FUE INCORRECTA LA EDAD MANIFESTADA AL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO, PERO ÉSTA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN AUTORIZADOS, LA COMPAÑÍA ESTARÁ OBLIGADA A OTORGAR EL SERVICIO / COBERTURA.

## 18 **EDAD ELEGIBLE.**

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA LA **COLECTIVIDAD "A"**:

MÍNIMA: 45 DÍAS DE NACIDO  
MÁXIMA: 16 AÑOS CUMPLIDOS

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA LA **COLECTIVIDAD "B"**.

MÍNIMA: 17 AÑOS DE EDAD  
MÁXIMA: 70 AÑOS DE EDAD

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA LA **COLECTIVIDAD "C"**.

NO APLICA

QUEDA ENTENDIDO SIN EMBARGO QUE, SI DURANTE LA VIGENCIA UN ASEGURADO LLEGARA A EXCEDER LA EDAD ELEGIBLE DE ASEGURAMIENTO, DICHO INDIVIDUO PERMANECERÁ ASEGURADO HASTA EL TÉRMINO DEL CICLO ESCOLAR EN QUE ESTE INSCRITO O LA FECHA DE TÉRMINO DE LA ANUALIDAD DE LA PÓLIZA, LO QUE OCURRA PRIMERO.

## **19 INDEMNIZACIÓN AL PROVEEDOR**

SALVO LO PREVISTO PARA LOS SERVICIOS DE PAGO DIRECTO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES AUTORIZADOS, 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 **EXCLUSIVAMENTE** DENTRO DEL HOSPITAL, ANÁLISIS DE LABORATORIO Y GABINETE PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE, CON TODOS LOS REQUISITOS FISCALES CORRESPONDIENTES.

LOS COSTOS DE HOSPITALES, CLÍNICAS O MÉDICOS QUE ESTÉN EN CONVENIO CON LA COMPAÑÍA, SERÁN CUBIERTOS CON BASE EN LOS TABULADORES PACTADOS PREVIAMENTE CON ELLOS POR LA ASEGURADORA.

PARA LOS HOSPITALES, CLÍNICAS O MÉDICOS QUE NO ESTÉN EN CONVENIO CON LA COMPAÑÍA, LOS COSTOS SERÁN CUBIERTOS CON BASE AL GASTOS USUAL Y ACOSTUMBRADO.

EN TODOS LOS CASOS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ, PREVIA COMPROBACIÓN Y UNA VEZ SUPERADO EL DEDUCIBLE ESTABLECIDO (EN SU CASO), HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, SIEMPRE QUE EL GASTO MÉDICO SE ORIGINE DENTRO DE LOS 5 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE HABER OCURRIDO EL ACCIDENTE Y DURANTE UN PERIODO MÁXIMO DE 180 DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE EROGUE EL PRIMER GASTO.

## **20 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.**

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A ENTREGAR AL CONTRATANTE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y CONDICIONES GENERALES, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONTENGA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES, DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES SIGUIENTES AL DE LA CONTRATACIÓN Y NO PODRÁ EXCEDER DE 15 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA, A TRAVÉS DEL MEDIO ELEGIDO POR EL CONTRATANTE.

LOS MEDIOS DE ENTREGA SERÁN:

- POR CORREO CERTIFICADO, EN DOMICILIO PROPORCIONADO POR EL CONTRATANTE
- POR CORREO ELECTRÓNICO, A LA DIRECCIÓN DE EMAIL PROPORCIONADA POR EL CONTRATANTE
- O LO PODRÁ SUBIR EN UNA PÁGINA ELECTRÓNICA DE INTERNET, PARA QUE EL ASEGURADO PUEDA ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

EN CASO DE QUE EL CONTRATANTE NO RECIBA LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL EN EL PLAZO SEÑALADO O REQUIERA UN DUPLICADO O CUALQUIER MODIFICACIÓN A LA MISMA DEBERÁ SOLICITARLO A LA COMPAÑÍA.

CUANDO ASÍ SEA REQUERIDO CASO POR CASO, EL CONTRATANTE ESTÁ OBLIGADO A ENTREGAR A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD QUE LO SOLICITE VÍA EL CONTRATANTE, UN CERTIFICADO INDIVIDUAL, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONTENGA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DE ESTE

CONTRATO, NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, CUALQUIER MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD CUBIERTA PODRÁ REQUERIR A LA COMPAÑÍA UN DUPLICADO DE DICHS DOCUMENTOS, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR.

SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA ACORDADA, EL CONTRATANTE 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.

## **21 CERTIFICADOS DE ALTA.**

NO ES NECESARIO ELABORAR CERTIFICADOS DE ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN, YA QUE LA PÓLIZA NO ESTÁ BASADA BAJO LA MODALIDAD DE DECLARACIÓN DE ASEGURADOS.

## **22 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA**

### **22.1 POLÍTICAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA**

- LOS MEDIOS PARA RECIBIR UNA SOLICITUD SON:
  - TELÉFONO (20 SEGUNDOS)
  - CORREO (24 HORAS)
- LA TRAMITACIÓN DE LAS ASISTENCIAS DEBE DE SER DIRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE GESTIÓN / CABINA ASIGNADA POR LA ASEGURADORA AL INICIO DE LA VIGENCIA.

PARA PODER SER ATENDIDO EN CABINA SE DEBERÁ PROPORCIONAL LA SIGUIENTE INFORMACIÓN POR PARTE DEL DIRECTIVO O DOCENTE RESPONSABLE QUE LEVANTE EL REPORTE:

#### **DE MANERA INMEDIATA:**

- A. NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR O DOCENTE QUE LEVANTA EL REPORTE
- B. NOMBRE COMPLETO DE LA ESCUELA, DIRECCIÓN Y CENTRO DE TRABAJO
- C. CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO DE CONTACTO
- D. NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO
- E. DETALLES DEL ACCIDENTE Y SITUACIÓN DE LA VICTIMA
- F. AVISO DE ACCIDENTE DEBIDAMENTE LLENADO Y FIRMADO POR EL DIRECTOR O DOCENTE RESPONSABLE.

#### **EN EL TRANSCURSO DE LA ATENCIÓN:**

- G. COPIA DE LA CREDENCIAL DEL ALUMNO O EN SU DEFECTO, COPIA DE ALGÚN DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA ESCUELA CON FOTOGRAFÍA.
- H. CURP DEL ALUMNO, O A FALTA DE ESTA ALGUNA OTRA IDENTIFICACIÓN OFICIAL O CONSTANCIA DE ESTUDIOS O INSCRIPCIÓN CON FOTOGRAFIA DONDE SE INDIQUE EL CURP
- I. ACTA DE HECHOS, EN CASO MUERTE O HECHOS VIOLENTOS

QUEDA ACORDADO QUE LA ASEGURADORA NO ESTARÁ OBLIGADA A PROPORCIONAR EL SERVICIO O LIQUIDAR LA CUENTA DEL HOSPITAL A FALTA DE ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS EN EL PUNTO ANTERIOR.

QUEDAN EXTENTOS DE PRESENTAR CURP AQUELLOS ALUMNOS QUE TENGAN NACIONALIDAD EXTRANJERA EN CUYO CASO SE DEBERA PRESENTAR COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO O ALGUNA CONSTANCIA ESCOLAR PARA TALES EFECTOS. LA FALTA DE CURP PODRA RETRASAR LA ATENCION O NEGACION DEL SERVICIO.

TODO REPORTE DE ACCIDENTE DEBERÁ SER HECHO POR EL DIRECTOR O MAESTRO RESPONSABLE QUIEN DEBERÁ ACREDITARSE COMO TAL. NO SE ATENDERÁN SOLICITUDES TELEFÓNICAS DE PRIMERA VEZ PARA DAR AVISO DE ACCIDENTE CUANDO ESTÁN SEAN REALIZADAS POR PADRES O ALUMNOS. CUANDO EL ACCIDENTE OCURRA EN ALGÚN TRAYECTO ESCOLAR, EL AVISO DEBERÁ SER HECHO POR EL ALUMNO O LOS PADRES A LA ESCUELA PARA QUE ESTA CONTACTE A CABINA.

- EL TRÁMITE DE CITAS DE SEGUIMIENTO DEBERA QUEDAR ASENTADO EN EL INFORME MEDICO Y PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR LOS PADRES O ALUMNOS A LA CABINA CON EL NÚMERO DE ASISTENCIA O SINIESTRO QUE HAYA SIDO PROPORCIONADO CUANDO SE DIO AVISO POR PRIMERA VEZ.
- TODAS LAS INCONFORMIDADES DEL USUARIO DETECTADAS EN LA OPERACIÓN SE DEBERÁN REGISTRAR EN EL SISTEMA DE GESTIÓN ASIGNADO POR EL PROVEEDOR COMO RECLAMACIÓN.
- TODAS LAS QUEJAS COMUNICADAS POR EL USUARIO DURANTE TODO EL PROCEDIMIENTO SERÁN CANALIZADAS AL PROCEDIMIENTO DE QUEJAS.
- EN CASO DE QUE EL SERVICIO O COSTO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA PUDIERA GENERAR ALGÚN EXCEDENTE POR ARRIBA DE LOS LIMITES AUTORIZADOS, LA CABINA O EL HOSPITAL INFORMARA A LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA O PADRES PARA QUE SE GARANTICE ANTE EL HOSPITAL EL PAGO DE DICHO EXCEDENTE.
- CUANDO POR FALTA DE RECURSOS LOS PADRES NO PUEDAN SUFRAGAR LOS GASTOS PRESUPUESTADOS DE ATENCION QUE EXCEDAN EL LIMITE DE LA POLIZA, EL ALUMNO PODRA SER TRASLADADO A OTRO HOSPITAL Y LOS PADRES PODRAN SOLICITAR EL REEMBOLSO DE LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE.
- EN CASO DE NO DAR EL SERVICIO, A CAUSA DE FALTA DE EQUIPO ESPECIFICO, INSUFICIENCIA O DEFICIENCIA EN LA RED DE PROVEEDORES ESTE SE OFRECERÁ POR REEMBOLSO.

## **23 SOLICITUDES DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

GESTIÓN DE PAGO DEL (LOS) SERVICIO (S) NO PROPORCIONADOS POR RAZONES DE FUERZA MAYOR O POR CAUSAS IMPUTABLES A LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO EN LOS CASOS QUE EL ASEGURADO / USUARIO O BENEFICIARIO NO PUDO CONTACTAR CON LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, O NO CONOCÍA EL BENEFICIO DE ASISTENCIA.

LA COMPAÑÍA PREVIA SOLICITUD Y ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA POR PARTE DEL AFECTADO REALIZARA EL PAGO DE REEMBOLSOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE 25 DÍAS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN COMPLETA DE LA DOCUMENTACIÓN, INCLUYENDO EN SU CASO, EL PAGODE INTERESES POR CONCEPTO DEL MONTO QUE FUESE PAGADO CON UNA TARJETA DE CRÉDITO POREL PERIODO QUE RESULTE ENTRE LA FECHA DEL GASTO Y LA FECHA EFECTIVA DEL REEMBOLSO POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

### **DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

- 1 AVISO DE ACCIDENTE FIRMADO
- 2 CARTA RECLAMACIÓN REEMBOLSO
- 3 IDENTIFICACIÓN OFICIAL: CREDENCIAL DE ELECTOR DEL ALUMNO O CREDENCIAL ESCOLAR QUE INCLUYA CURP; O EN SU DEFECTO ACOMPAÑAR DICHA CREDENCIAL CON EL CURP RESPECTIVO O CONSTANCIA DE ESTUDIOS O INSCRIPCION CON FOTOGRAFIA
- 4 BOLETA DE CALIFICACIONES
- 5 RELACIÓN DE HECHOS FIRMADA POR LA ESCUELA
- 5 INFORME MÉDICO O DIAGNOSTICO
- 6 COPIA DE LAS FACTURAS EROGADAS A NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR, O EN SU DEFECTO QUIEN HAYA REALIZADO EL PAGO
- 7 COMPROBANTE DE DOMICILIO

- 8 COPIA DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO O TARJETA DE DÉBITO DEL BENEFICIARIO\*
- 9 ESTADO DE CUENTA DEL HOSPITAL
- 10 RECIBO DE HONORARIO DEL DOCTOR
- 11 COPIA DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO PARA FINES DE REEMBOLSO

QUEDA ACORDADO QUE NO SERÁ EXIGIBLE NINGÚN REQUISITO ADICIONAL.

#### **24 AJUSTE DE PRIMAS POR ALTAS O BAJAS DE LA COLECTIVIDAD.**

NO HABRÁ AJUSTES EN PRIMAS POR MOTIVOS DE INCREMENTO O DISMINUCIÓN GENERAL EN EL NÚMERO DE ESTUDIANTES O PROFESORES DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

#### **25 INGRESO EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA**

LAS PERSONAS QUE INGRESEN A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD QUEDARÁN AUTOMÁTICAMENTE ASEGURADAS CON LAS MISMAS CONDICIONES EN QUE FUE CONTRATADA LA PÓLIZA SIN QUE MEDIE PREVIA NOTIFICACIÓN O APROBACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA

#### **26 REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA CIERTOS BENEFICIOS.**

**SERVICIOS DE AMBULANCIA.** EL PAGO DE ESTA ASISTENCIA SE REALIZARÁ DE MANERA DIRECTA A LA RED DE PROVEEDORES BAJO CONVENIO. EN CASO DE QUE NO SE TENGA UNA AMBULANCIA DISPONIBLE EL COSTO INCURRIDO SE REALIZARA POR REEMBOLSO AL ASEGURADO O QUIEN LO HAYA INCURRIDO Y PRESENTE EL RECIBO CORRESPONDIENTE SUJETO AL SUBLIMITE PREVISTO EN PÓLIZA PARA ESTE SERVICIO.

**BENEFICIO POR MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE.** EL PAGO DE ESTOS CONCEPTOS SE REALIZARÁ MEDIANTE REEMBOLSO Y SE DEBERÁN REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE EL CUAL SERÁ PROPORCIONADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.
- CREDENCIAL ESCOLAR, INE O ALGÚN OTRO DOCUMENTO CON FOTOGRAFÍA DE LA INSTITUCIÓN QUE ACREDITE LA ASISTENCIA REGULAR A DICHA INSTITUCIÓN (INCLUYENDO EL ÚLTIMO REPORTE DE CALIFICACIONES), O CONSTANCIA DE ESTUDIOS O INSCRIPCIÓN CON FOTOGRAFIA.
- CURP DEL ALUMNO
- CERTIFICADO ORIGINAL DE DEFUNCIÓN (SOLO EN CASO DE FALLECIMIENTO).
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PADRE O TUTOR A QUIEN SE LE REALIZARA EL REEMBOLSO; EN EL CASO DE TUTORES, DOCUMENTO QUE ACREDITE LA TUTELA O A FALTA DE ESTE, MANIFESTACIÓN ESCRITA EN TEXTO LIBRE CON LA MOTIVACIÓN FUNDADA CORRESPONDIENTE.
- COMPROBANTE DE DOMICILIO DENTRO DEL ESTADO DE SONORA DEL MENOR ASEGURADO CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A TRES MESES.
- FIRMA DE CONVENIO FINIQUITO (A SER PROPORCIONADO POR LA ASEGURADORA)
- COPIA DEL ESTADO DE CUENTA BANCARIO DONDE LA ASEGURADORA REALIZARA EL PAGO A NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR.

#### **27 COBERTURAS Y SERVICIOS AMPARADOS**

**27.1 BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PARA COLECTIVIDADES “A” Y “B” EXCLUSIVAMENTE**

**27.2 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE- NACIONAL (COLECTIVIDADES “A” Y “B” EXCLUSIVAMENTE)**

- 27.3 ASISTENCIA FUNERARIA POR ACCIDENTE
- 27.4 SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE HASTA 40 KILÓMETROS (COLECTIVIDADES "A, B Y C")
- 27.5 EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA NO PREEXISTENTE
- 27.6 REPATRIACIÓN INTERNACIONAL SANITARIA, HOSPITALARIA O FUNERARIA
- 27.7 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA O VIRTUAL (COLECTIVIDADES "A, B Y C")
- 27.8 ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA O VIRTUAL. (COLECTIVIDADES "A, B Y C")
- 27.9 ORIENTACIÓN LEGAL EN MATERIA CIVIL O PENAL (COLECTIVIDAD "C" EXCLUSIVAMENTE)
- 27.10 CONDICIÓN PARTICULAR DE TRASLADO DE COBERTURA (COLECTIVIDADES "A, B" Y "C" POR SUS RESPECTIVAS COBERTURAS)

EL PRESENTE CONTRATO AMPARA LAS COBERTURAS CONTRATADAS AQUÍ DEFINIDAS HASTA POR LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA INDICADA COMO UN MONTO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

#### **27.1.1 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.**

LA ASEGURADORA SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, EN SU CASO, LA SUMA ASEGURADA QUE CORRESPONDA EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS BAJO ESTA PÓLIZA EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SE VEA AFECTADO POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR UN ACCIDENTE ASEGURADO AL AMPARO DE LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA. EN TAL CIRCUNSTANCIA, LA ASEGURADORA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN DEL SEGURO A LOS SUCESORES LEGALES Y QUE ACREDITEN LA PATRIA POTESTAD.

CONDICIONES ESPECIALES PARA LA INDEMNIZACIÓN DEL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (COLECTIVIDADES "A Y B" EXCLUSIVAMENTE), SE ACUERDA QUE ESTE BENEFICIO SE OTORGARÁ UNA SOLA VEZ Y EN UNA SOLA EXHIBICIÓN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA MADRE O PADRE DEL MENOR EXCLUSIVAMENTE PREVIA ACREDITACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD O DE LA CONDICIÓN DE INVALIDEZ PARA EL PAGO DEL BENEFICIO Y SIEMPRE QUE EL MENOR CUMPLA CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEFINIDOS EN ESTA PÓLIZA.

#### PRUEBAS PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PARA DETERMINAR EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO AFECTADO LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE NOMBRAR UN MÉDICO DICTAMINADOR A QUIEN SE LE DEBERÁ PRESENTAR LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO Y EL DICTAMEN EMITIDO POR UN MÉDICO CERTIFICADO DE CUALQUIER INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA O POR UN MÉDICO PARTICULAR CERTIFICADO EN LA ESPECIALIDAD QUE HAYA DADO ORIGEN A LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. UNA VEZ DICTAMINADO POR EL MÉDICO DE LA ASEGURADORA EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SE PROCEDERÁ AL PAGO DEL BENEFICIO.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO SE PRESENTE CON EL MÉDICO QUE LA ASEGURADORA HA DETERMINADO PARA VALIDAR EL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, A EFECTO DE QUE ESTE EMITA SU DICTAMEN PARA CORROBORAR DICHA CONDICIÓN, SE ENTENDERÁ QUE EL ASEGURADO ACEPTA EL RECHAZO A LA INDEMNIZACIÓN.

#### **27.1.2 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (NACIONAL)**

EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA SUFRIDA POR ALGÚN MIEMBRO DE LAS COLECTIVIDADES "A Y B" COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE AL AMPARO DE LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, LA ASEGURADORA REALIZARÁ LA GESTIÓN, COORDINACIÓN Y PAGO DIRECTO DE SERVICIOS MÉDICOS AUXILIARES Y AMBULATORIOS QUE SE REQUIERAN EN LA ATENCIÓN DEL TITULAR, CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE PRESTACIONES.

SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA EMERGENCIA MÉDICA (ACCIDENTE) DE ALGÚN MIEMBRO DE LAS COLECTIVIDADES "A Y B", LA RED DE LA ASEGURADORA CONSIDERA QUE DEBA SOMETERSE A SERVICIOS AUXILIARES O AMBULATORIOS, LA ASEGURADORA SE HARÁ CARGO DE LA COORDINACIÓN Y PAGO AL PRESTADOR DE RED POR ESTOS CONCEPTOS HASTA AGOTAR EL LÍMITE DE LA ASISTENCIA.

CONDICIONES DE OPERACIÓN Y/O RECLAMACIONES:

SE DARÁ EL SERVICIO SOLO SI HAY COMUNICACIÓN CON LA ASEGURADORA DENTRO DE LAS **24 HORAS** SIGUIENTES AL EVENTO. CUALQUIER AVISO POSTERIOR A ESTA VENTANA DE TIEMPO SERÁ TRATADO VÍA REEMBOLSO.

EL EVENTO HA DE PRODUCIRSE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA O GUARDERÍA, EL ALGÚN TRAYECTO DESDE O HACIA LA ESCUELA O DURANTE UNA EXCURSIÓN O ACTIVIDAD EXTRACURRICULAR ORGANIZADA POR LA ESCUELA COMO PREVISTO EN LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA.

RESTRICCIONES PARTICULARES DE USO:

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES GENERALES PREVISTAS EN ESTA PÓLIZA, SE ACUERDA LO SIGUIENTE:

EL BENEFICIARIO DEBE ACREDITAR PERTENECER A ALGUNA DE LAS COLECTIVIDADES ASEGURADAS Y PROPORCIONAR AL MENOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- i) QUE EL AVISO TELEFÓNICO SEA DADO POR UN DOCENTE RESPONSABLE O EL DIRECTOR DE LA ESCUELA
- ii) PROPORCIONAR AVISO DE ACCIDENTE FIRMADO
- iii) PROPORCIONAR COPIA DE CREDENCIAL O IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO; A FALTA DE ESTO COPIA DE ALGÚN DOCUMENTO EMITIDO POR LA ESCUELA CON FOTOGRAFÍA
- iv) PROPORCIONAR CURP DEL ALUMNO

SOLO APLICA PARA AQUELLOS SERVICIOS DIRIGIDOS A PREVENIR O RESTAURAR LA SALUD TRAS LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA, A TRAVÉS DE ACCIONES QUE SE REALICEN EN BENEFICIO DEL MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD "A Y B", MEDIANTE EL PAGO DE UNA CANTIDAD DE DINERO A LA RED DE PROVEEDORES O EL HOSPITAL QUE EN SU CASO SEA AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA PARA BRINDAR LA ATENCIÓN

NO APLICA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES, CONGÉNITAS, RECURRENTES Y/O ACCIDENTES POR LESIONES DEPORTIVAS RECURRENTES CONOCIDAS POR EL AFECTADO O SUS FAMILIARES DIRECTOS (PADRE, MADRE O TUTOR), ASÍ COMO TAMBIÉN SUS CONSECUENCIAS Y AGUDIZACIONES. MISMAS QUE PUEDAN SER DETERMINADAS POR LA ASEGURADORA O EL HOSPITAL.

LOS INSUMOS DE ÓRTESIS COMO BOTA WALKER, BOTA DE REHABILITACIÓN, CAMINADOR DARCO, DAONSA Y SIMILARES, SE CUBRIRÁN AL TOPE MÁXIMO DE \$ 3,000.00 (TRES MIL PESOS 00/100) DENTRO DEL LÍMITE DE LA COBERTURA SOLO MEDIANTE REEMBOLSO QUEDANDO LAS DIFERENCIAS A CARGO DEL ASEGURADO;

PARA LOS PROCEDIMIENTOS POR LESIONES EN COLUMNA, NARIZ Y ARTROSCOPIAS QUE SE ATIENDAN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO, LA ASEGURADORA TENDRÁ LA FACULTAD DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN DE UN MÉDICO INDEPENDIENTE ESPECIALISTA EN LA MATERIA, CUYO COSTO CORRERÁ A CARGO DE LA COMPAÑÍA SIENDO EL DICTAMEN DE ESTE ÚLTIMO EL QUE PREVALECE SOBRE CUALQUIER OTRO.

SI EL ASEGURADO NO REQUIERE O ACREDITA LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SER HOSPITALIZADO O HACER USO DE SERVICIOS DE ENFERMERA, AMBULANCIA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, SU DERECHO SE DARÁ POR CONCLUIDO SIN OBLIGACIÓN ALGUNA PARA LA COMPAÑÍA.

SI AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN, LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE ESTUVIERA AMPARADA TOTAL O PARCIALMENTE POR OTROS U OTRAS ASEGURADORAS, EL ASEGURADO NO PODRÁ RECIBIR MÁS DEL 100% DE LOS GASTOS REALES INCURRIDOS, YA SEA POR UN SEGURO O POR LA SUMA DE VARIOS.

EN LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO QUE EN CASO DE URGENCIA QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EL ASEGURADO NO ELIGE VOLUNTARIAMENTE EL HOSPITAL, PERO PODRÁ SOLICITAR EL CAMBIO, UNA VEZ QUE EL PACIENTE HAYA SIDO ESTABILIZADO; CON EL OBJETO CONTINUAR RECIBIENDO ATENCIÓN MÉDICA PARA LA RECUPERACIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE CUBIERTO HASTA AGOTAR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

QUEDA ACORDADO, EN CUALQUIER CASO, QUE LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE CUALQUIER PRÁCTICA O ATENCIÓN MÉDICA POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, LEGAL, MORAL, O DE CUALQUIER OTRO TIPO CON MOTIVO DE DICHA ATENCIÓN MÉDICA POR LOS MÉDICOS U HOSPITALES TRATANTES.

### **27.1.3 ASISTENCIA FUNERARIA POR ACCIDENTE**

ESTE BENEFICIO SE OTORGA PARA CADA INTEGRANTE DE LAS COLECTIVIDADES “A Y B” EXCLUSIVAMENTE Y CONSISTE EN OFRECER MEDIANTE LA MODALIDAD DE REEMBOLSO HASTA EL MONTO DE **\$20,000.00 (VEINTE MIL PESOS 00/100)**, ÁMBITO TERRITORIAL: REPÚBLICA MEXICANA. PARA LA APLICACIÓN DEL REEMBOLSO SE HA DE CUMPLIR QUE:

- A. QUE SE HAYA NOTIFICADO EL DECESO DENTRO DE UN PERIODO MÁXIMO DE 5 DÍAS
- B. QUE EL PROVEEDOR FUNERARIO CUENTE CON LOS MEDIOS PARA EMITIR UNA FACTURA ELECTRÓNICA.
- C. ENVIAR SOLICITUD DE REEMBOLSO ACOMPAÑADA DE DOCUMENTACIÓN SOPORTE.

### **27.1.4 SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE (COLECTIVIDADES “A, B Y C”)**

LA ASEGURADORA GESTIONARÁ EL ENVÍO DE UNA AMBULANCIA, VÍA TERRESTRE, PARA EL TRASLADO DEL TITULAR AL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO Y HASTA UN MÁXIMO DE 40 KM A LA REDONDA, YA SEA POR EMERGENCIA MÉDICA, ACCIDENTE, ENFERMEDAD GRAVE, Y/O TRASLADO PROGRAMADO.

ESTA ASISTENCIA PODRÁ SER SOLICITADA LAS 24 HORAS AL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO, Y SU ENVÍO ESTARÁ SUJETO A: (I) LA VALORACIÓN PREVIA, REALIZADA POR LA CABINA MÉDICA DE LA ASISTENCIA, QUIEN DETERMINARÁ LA NECESIDAD DEL ENVÍO DEL MÉDICO, DENTRO DEL ESTADO DE SONORA Y (II) LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE PRESTACIONES.

### **CONDICIONES PARTICULARES DE OPERACIÓN Y/O RECLAMACIONES**

LA CABINA MÉDICA VALORARÁ PREVIAMENTE, LA NECESIDAD DEL ENVÍO DE ACUERDO CON EL CÓDIGO DE URGENCIA Y AL TIPO DE AMBULANCIA DETECTADOS, LOS CUALES SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

- A) EMERGENCIA MÉDICA EN LA QUE LA VIDA DEL TITULAR CORRE PELIGRO: SE ENTIENDE COMO EMERGENCIA MÉDICA AQUELLA SITUACIÓN DE EXTREMA GRAVEDAD EN QUE SI NO SE ACTÚA RÁPIDA Y ADECUADAMENTE PUEDE PRODUCIRSE LA MUERTE DEL TITULAR O PUEDEN APARECER SECUELAS GRAVES E IRREVERSIBLES.
- B) CASO URGENTE EN EL QUE LA VIDA DEL TITULAR NO CORRE PELIGRO. UNA URGENCIA SANITARIA ES AQUEL EVENTO RELACIONADO CON LA SALUD QUE PARA SU RESOLUCIÓN REQUIERE UNA ASISTENCIA MÉDICA NO INMEDIATA PERO TEMPRANA EN EL TIEMPO.
- C) CASO NO URGENTE QUE NO REQUIERE UN TRASLADO SANITARIO, NI ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA.

LOS TIPOS DE AMBULANCIAS TERRESTRES REQUERIDOS SERÁN LOS SIGUIENTES:

- A) AMBULANCIA TERRESTRE TIPO 1: UNIDAD MÓVIL DE TRASLADO CON UN MÍNIMO DE EQUIPAMIENTO PARA TRASPORTAR PACIENTES EN CONDICIONES QUE NO PONGAN EN RIESGO POTENCIAL LA VIDA O LA SALUD.
- B) AMBULANCIA TERRESTRE TIPO 2: UNIDAD MÓVIL UTILIZADA PARA EL TRASLADO Y ATENCIÓN DE SALUD DEL PACIENTE.
- C) AMBULANCIA TERRESTRE TIPO 3: UNIDAD MÓVIL UTILIZADA PARA EL TRASLADO Y ATENCIÓN MÉDICA AVANZADA DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO O DE ALTO RIESGO.

EL EQUIPAMIENTO DE LAS AMBULANCIAS, DEBERÁN CUMPLIR CON LOS ESTABLECIDOS NOM-020-SSA.

#### **RESTRICCIONES DE USO:**

LA ASISTENCIA NO SERÁ PRESTADA TRATÁNDOSE DE LESIONES O PADECIMIENTOS QUE NO AMERITEN TRASLADO EN AMBULANCIA, COMO LO PUEDEN SER, DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA, GRIPAS, CATARROS, FRACTURAS DE DEDOS, DOLORS AGUDOS DE CABEZA, CUALQUIER DOLENCIA CONSIDERADA COMO UNA ENFERMEDAD, O ACCIDENTES QUE NO PONGAN EN RIESGO LA VIDA, ENTRE OTROS.

#### **27.1.5 EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA, NO PREEXISTENTE.**

ESTA COBERTURA AMPARA MEDIANTE EL PAGO DIRECTO A LOS PROVEEDORES DE RED ABAJO INDICADOS, LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADOS DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA, NO PRE-EXISTENTE, ASÍ COMO LOS MEDICAMENTOS RECENTADOS, EMERGENCIA DENTAL, REPATRIACIÓN SANITARIA, REPATRIACIÓN FUNERARIA, TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA FIANZA LEGAL, ASISTENCIA LEGAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO, MUERTE ACCIDENTAL

A LOS EFECTOS DE LA PRESTACIÓN DE LAS ASISTENCIAS, BENEFICIOS Y SERVICIOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE QUE COMPRENDEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS:

- A. **CONSULTAS MÉDICAS:** SE PRESTARÁN EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA E IMPREVISTA NO PREEXISTENTE. DEPENDIENDO DE LA NATURALEZA, GRAVEDAD O URGENCIA, LAS ASISTENCIAS SE PRESTARÁN A CRITERIO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS, EN EL HOTEL O DOMICILIO DONDE SE ENCUENTRE EL TITULAR O EN UN CONSULTORIO MÉDICO CERCANO AL LUGAR.

- B. **ATENCIÓN POR ESPECIALISTAS:** SE PRESTARÁ ÚNICAMENTE CUANDO SEA INDICADA Y AUTORIZADA POR EL EQUIPO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS DE LA ASEGURADORA EN EL ÁREA DONDE SE ENCUENTRE EL TITULAR, O POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA CENTRAL. ESTOS SERVICIOS SE PRESTAN EN LOS CONSULTORIOS MÉDICOS DE DICHS ESPECIALISTAS Y NO A DOMICILIO POR REGLA GENERAL.
- C. **EXÁMENES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS:** ÚNICAMENTE CUANDO SEAN INDICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE Y HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL EQUIPO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS.
- D. **GASTOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACIÓN:** EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TITULAR REQUIERA SER HOSPITALIZADO DEBIDO A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD AGUDA REPENTINA E IMPREVISTA NO PREEXISTENTE, LA ASEGURADORA ASUMIRÁ LOS GASTOS MÉDICOS QUE SE INCURRAN POR DICHA HOSPITALIZACIÓN, HASTA EL MONTO MÁXIMO QUE CUBRE EL PLAN DE ASISTENCIA RESPECTIVO DEL TITULAR. DICHS GASTOS INCLUYEN: - INTERNACIONES: DE ACUERDO A LA NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD, SE PROCEDERÁ A LA INTERNACIÓN DEL TITULAR EN EL CENTRO SANITARIO MÁS PRÓXIMO AL LUGAR DONDE ÉSTE SE ENCUENTRE CUANDO SEA INDICADO FORMALMENTE POR EL MÉDICO TRATANTE Y SIEMPRE BAJO APROBACIÓN DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS DE LA ASEGURADORA.
- E. **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** EN LOS CASOS DE EMERGENCIA QUE REQUIERAN EN FORMA INMEDIATA ESTE TRATAMIENTO, Y QUE NO PUEDAN SER DIFERIDAS O POSTERGADAS HASTA EL RETORNO DEL TITULAR A SU PAÍS DE ORIGEN, SIEMPRE Y CUANDO SEAN AUTORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS. SI A JUICIO DE LOS MÉDICOS REGULADORES DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS FUESE POSIBLE EL REGRESO AL LUGAR DE ORIGEN PARA RECIBIR EN ÉL EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO NECESARIO, SE PROCEDERÁ A LA REPATRIACIÓN DEL TITULAR, QUIEN ESTÁ OBLIGADO A ACEPTAR TAL SOLUCIÓN. EN CASO DE RECHAZO A LA REPATRIACIÓN POR EL TITULAR PERDERÁ TODOS LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR SU PLAN LA ASEGURADORA. PARTICULARMENTE LA ALTERNATIVA DE LA REPATRIACIÓN SANITARIA SE TOMARÁ EN LOS CASOS DE TRATAMIENTOS DE LARGA DURACIÓN, CIRUGÍAS PROGRAMADAS, CIRUGÍAS NO URGENTES.
- F. **TERAPIA INTENSIVA Y UNIDAD CORONARIA:** CUANDO LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ASÍ LO REQUIERA, Y SIEMPRE CON LA PREVIA AUTORIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS SE AUTORIZARÁ ESTE SERVICIO.
- G. **QUEDA ENTENDIDO QUE CUALQUIER GASTOS MÉDICO POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE** ESTARÁ EXCLUIDO Y SI EL TITULAR PADECIERA DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE O CRÓNICA AL INICIO DE SU VIAJE AL EXTERIOR, AUN CUANDO NO FUERA DE SU CONOCIMIENTO, LA ASEGURADORA QUEDA AUTOMÁTICAMENTE EXENTA DE PRESTAR SERVICIOS O ASISTENCIAS, PERO EN TODO CASO SOLO RECONOCERÁ EXCLUSIVAMENTE EL COSTO DE LA PRIMERA CONSULTA CLÍNICA EN LA QUE SE DETERMINE LA PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD
- H. **EVACUACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA O DE URGENCIA.** SI LA CENTRAL DE ASISTENCIAS LO JUZGARE NECESARIO, SE ORGANIZARÁ EL TRASLADO DEL TITULAR AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO, POR EL MEDIO DE TRANSPORTE QUE EL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS CONSIDERE MÁS APROPIADO Y SEGÚN CORRESPONDA A LA NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A AMBULANCIAS, AERO-AMBULANCIAS, TRANSPORTACIÓN EN VEHÍCULOS DE TODA ESPECIE. QUEDA IGUALMENTE ESTABLECIDO QUE AUN PARA LOS CASOS DE TRATAMIENTOS Y CIRUGÍAS QUE OCURREN EN CASOS CATALOGADOS COMO URGENCIA O EMERGENCIA EL TRASLADO SANITARIO DEBE SER

PREVIAMENTE SOLICITADO Y AUTORIZADO POR LA CENTRAL DE LA ASEGURADORA. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA EXIME A LA ASEGURADORA DE TOMAR A CARGO LA ASISTENCIA DE DICHO TRASLADO. EN EL SUPUESTO QUE FUERE NECESARIO EL TRASLADO DEL TITULAR PARA UNA CONSULTA MÉDICA, A UN CENTRO DE ATENCIÓN A MÁS DE 25 KMS. DE DISTANCIA DE DONDE SE ENCUENTRE PARA EL MOMENTO DE LA SOLICITUD, LA ASEGURADORA ASUMIRÁ EL COSTO DE TRASLADO EN TAXI QUE HUBIERE PAGADO EL TITULAR. ES PRECISO PARA ELLO QUE GUARDE EL COMPROBANTE O FACTURA DE GASTO PARA SU EVENTUAL REEMBOLSO.

- I. **TRASLADO DE UN FAMILIAR POR HOSPITALIZACIÓN.** EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN TITULAR, VIAJANDO SOLO Y NO ACOMPAÑADO, FUESE SUPERIOR A CINCO (5) DÍAS, LA ASEGURADORA SE HARÁ CARGO DE UN PASAJE AÉREO EN CLASE TURISTA, SUJETO A DISPONIBILIDAD DE ESPACIO PARA UN FAMILIAR DE COMPAÑÍA. EN CASO DE SER CONTEMPLADO EN LA TABLA DE BENEFICIOS DE LOS PRODUCTOS EL TITULAR PODRÁ TENER DERECHO A LOS GASTOS DE HOTEL DE SU FAMILIAR ACOMPAÑANTE, CON UN MÁXIMO DE US\$ 80 (OCHENTA DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA) DIARIOS DURANTE MÁXIMO SIETE DÍAS, O HASTA EL ALTA DEL PACIENTE, LO QUE SUCEDA PRIMERO. TANTO PARA ESTA CLÁUSULA COMO PARA CUALQUIER OTRA QUE CUBRA GASTOS DE HOTELERÍA, SE ENTIENDE ESTOS LIMITADOS AL HOSPEDAJE SIMPLE, EXCLUYENDO GASTOS DE RESTAURANTE, LAVANDERÍA, TELEFONÍA U OTRO CUALQUIER COMO MINIBAR, ALIMENTACIÓN TOMADA EN LA HABITACIÓN, U OTRO TIPO DE GASTO CUALQUIERA.
- J. **RED AUTORIZADA DE HOSPITALES EN PHOENIX, ARIZONA:**
- I) OASIS HOSPITAL, 740 N 40TH ST, PHOENIX, AZ 85008, PH. + 1 602 797 7700
  - II) DIGNITY HEALTH, 3030 N, CENTRAL AVE, PHOENIX, AZ 85012, PH. +1 602 406 4786
  - III) VALLEYWISE HEALTH MEDICAL CENTER, 2601 E ROOSEVELT ST. PHOENIX, AZ 85008, PH. +1 602 344 5011

#### **27.1.6 REPATRIACIÓN INTERNACIONAL SANITARIA, HOSPITALARIA O FUNERARIA**

ESTA COBERTURA AMPARA MEDIANTE EL PAGO DIRECTO A LOS PROVEEDORES DE RED LOS BENEFICIOS DE REPATRIACIÓN INTERNACIONAL SANITARIA, HOSPITALARIA O FUNERARIA DERIVADOS DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA, O MUERTE ACCIDENTAL

#### **27.1.7 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA O VIRTUAL (COLECTIVIDADES “A, B Y C”)**

LA ASEGURADORA OFRECERÁ ORIENTACIÓN MÉDICA POR VIDEOLLAMADA RESPECTO DE LA SALUD DEL ASEGURADO (COLECTIVIDADES “A, B Y C” INDISTINTAMENTE) DERIVADA DE UNA LESIÓN Y/O ENFERMEDAD QUE NO SEA DE EMERGENCIA Y QUE AMERITE UNA ORIENTACIÓN YA MÉDICA **LAS 24 HORAS**, LOS 365 DÍAS DEL AÑO RELATIVA A LOS SIGUIENTES TEMAS:

- INFORMACIÓN SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS Y CONTRAINDICACIONES DE MEDICAMENTOS.
- EFECTOS Y EVOLUCIÓN DE DISTINTOS TRATAMIENTOS A CRITERIO DEL EQUIPO MÉDICO.
- RECOMENDACIÓN PARA ACUDIR A CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL.
- INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES EN GENERAL Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.
- VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE CONSULTAS CON ESPECIALISTAS.
- VALORACIÓN DE LA NECESIDAD CON SERVICIOS DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA MÉDICA. EN CASO DE DETECTAR ALGÚN SÍNTOMA DURANTE LA ASISTENCIA Y QUE REQUIERA ATENCIÓN INMEDIATA, SE NOTIFICARÁ AL PACIENTE PARA QUE PUEDA DIRIGIRSE A ALGÚN HOSPITAL. DICHA VALORACIÓN NO SENTARÁ PRECEDENTE SOBRE UN DERECHO DE ATENCIÓN HOSPITALARIO NI DE LA ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA POR DICHA AFECCIÓN POR LO QUE LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE EVALUAR LA PROCEDENCIA DE ALGUNA RECLAMACIÓN EN TÉRMINO DE LAS CONDICIONES PACTADAS EN PÓLIZA.

- MEDICINA PREVENTIVA.
- ORIENTACIÓN POR CORONAVIRUS COVID-19 O DEL CORONAVIRUS SARS-COV-2 U OTRAS AFECCIONES SIMILARES O RELACIONADAS CON ESTAS.

QUEDA ACORDADO QUE ESTA ASISTENCIA, DE NINGUNA MANERA PODRÁ CONSIDERARSE CON FINES DE PRESCRIPCIÓN Y/O DIAGNÓSTICO DE NINGÚN TIPO DE PADECIMIENTO, NI DE PROCEDENCIA DE COBERTURA Y SE PRESTARÁ CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE PRESTACIONES.

#### **CONDICIONES PARTICULARES DE USO**

- EN CASO DE SER NECESARIO, EL EQUIPO MÉDICO RECOMENDARÁ AL TITULAR, ACUDIR AL CENTRO HOSPITALARIO MÁS ADECUADO SIN QUE ESTO SIENTE PRECEDENTE DE PROCEDENCIA DE ALGUNA OTRA COBERTURA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA.
- CUANDO LA CONSULTA DERIVE DE UNA SITUACIÓN CLÍNICA DE URGENCIA, SE ACTIVARÁN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. SI SE CUENTA CON EL SERVICIO PARA SOLVENTARLA SERÁN PRESTADOS EN FUNCIÓN DE LOS LÍMITES EXISTENTES, DE NO SER ASÍ CORRERÁN POR CUENTA DEL TITULAR.

#### **RESTRICCIÓN DE USO**

QUEDA ACORDADO QUE LA ASEGURADORA NO SERÁ, EN NINGÚN CASO, RESPONSABLE DE LAS ACCIONES U OMISIONES DEL TITULAR RESPECTO DEL SEGUIMIENTO DE LOS ASESORAMIENTOS MÉDICOS, LIMITÁNDOSE A RESPONDER A CUESTIONES PLANTEADAS POR EL TITULAR, DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. ASÍ MISMO, LAS RECOMENDACIONES U ORIENTACIÓN VERTIDA NO PODRÁN SER CONSIDERADAS COMO UNA MANIFESTACIÓN DE PROCEDENCIA DE ACTIVACIÓN DE ALGUNA OTRA COBERTURA O BENEFICIO CONTENIDO EN ESTA PÓLIZA.

NO SERÁN EMITIDAS RECETAS PARA MEDICAMENTOS CONTROLADOS U OTRAS SUSTANCIAS QUE NECESITEN UN CONTROL POR SU CAPACIDAD DE PRODUCIR ADICCIÓN, ABUSO O DEPENDENCIA

#### **27.1.8 ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA O VIRTUAL. (COLECTIVIDADES “A Y B”)**

LA ASEGURADORA OFRECERÁ ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EN FAVOR DEL TITULAR, VÍA TELEFÓNICA, EN HORARIO DE LUNES A VIERNES, DE LAS 9:00 A LAS 21:00 HORAS, RELATIVA A LOS SIGUIENTES TEMAS:

- APOYO EN SITUACIONES DE TIPO EMOCIONAL.

ESTA ASISTENCIA, DE NINGUNA MANERA PODRÁ CONSIDERARSE CON FINES DE PRESCRIPCIÓN Y/O DIAGNÓSTICO DE NINGÚN TIPO DE PADECIMIENTO Y SE PRESTARÁ CONFORME A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE PRESTACIONES.

#### **CONDICIONES DE OPERACIÓN Y/O RECLAMACIONES**

- LA ASEGURADORA NO SERÁ, EN NINGÚN CASO, RESPONSABLE DE LAS ACCIONES U OMISIONES DEL TITULAR, RESPECTO DEL SEGUIMIENTO DE LOS ASESORAMIENTOS, LIMITÁNDOSE A RESPONDER A CUESTIONES PLANTEADAS POR EL TITULAR, DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA.
- LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DE NINGUNA AFECTACIÓN POSTERIOR, DERIVADA DE ESTA ORIENTACIÓN.
- NO SE ENVIARÁN ESPECIALISTAS NI MEDICAMENTOS A DOMICILIO.
- NO SE ENVIARÁ NINGÚN TIPO DE INFORMACIÓN VÍA CORREO ELECTRÓNICO.

#### **27.1.9 ORIENTACIÓN LEGAL EN MATERIA DE DEFENSA CIVIL O PENAL (COLECTIVIDAD “C”)**

**EXCLUSIVAMENTE)**

ESTE BENEFICIO SE OTORGA PARA CADA INTEGRANTE DE LA COLECTIVIDAD “C” Y CONSISTE EN LA ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O EN SITIO, DE SER REQUERIDO, DONDE SUCEDIÓ EL ACCIDENTE CONFORME A LO SIGUIENTE:

- ORIENTACIÓN DE TRÁMITES CIVILES Y/O PENALES, JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES
- ORIENTACIÓN SOBRE ACCIONES A TOMAR EN TEMAS DE DEFENSA LEGAL POR LA VÍA CIVIL OPENAL
- ORIENTACIÓN PARA EL TRÁMITE DE FIANZAS, CAUCIONES O CUALQUIER MEDIO DE GARANTÍA ESTABLECIDO POR LAS LEYES APLICABLES
- ANÁLISIS Y ORIENTACIÓN SOBRE LAS RECLAMACIONES O EVENTOS ESPECÍFICOS QUEPUDIERAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
- RECOMENDACIÓN DE ABOGADOS ESPECIALIZADOS

ESTE SERVICIO NO INCLUYE LA DEFENSA DEL ASEGURADO, NI CUBRE LOS GASTOS Y COSTAS PARA LA DEFENSA LEGAL DEL ASEGURADO, ASÍ COMO TAMPOCO CUBRE EL PAGO DE PRIMAS DE FIANZAS, CAUCIONES NI CUALQUIER MEDIO DE GARANTÍA ESTABLECIDO POR LAS LEYES APLICABLES. POR LO QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA NO PODRÁN SER INTERPRETADAS PARA CUBRIR:

- A.** EL PAGO DE LOS DAÑOS, PERJUICIOS Y DAÑO MORAL CONSECUCIONAL, POR LOS QUE SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO.
- B.** EL PAGO DE LOS GASTOS DE DEFENSA DEL ASEGURADO
- C.** EL PAGO DE LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES LEGALES QUE DEBA PAGAR EL ASEGURADO POR RESOLUCIÓN JUDICIAL, CIVIL O ARBITRAL EJECUTORIADAS.
- D.** EL SACAR EN PAZ Y A SALVO AL ASEGURADO DE NINGÚN PROCESO CIVIL O PENAL

**27.1.10 CONDICIÓN PARTICULAR DE TRASLADO DE COBERTURA**

QUEDA ACORDADO QUE EN CASO DE QUE LAS AUTORIDADES DE SALUD DEL ESTADO DECRETARAN ALGUNA ALERTA SANITARIA, PLAN DN-III O CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN QUE NECESARIAMENTE IMPLIQUE QUE LOS MIEMBROS DE LAS COLECTIVIDADES “A Y B” SE QUEDEN EN CASA PARA ATENDER CLASES DE MANERA VIRTUAL, ENTONCES LOS BENEFICIOS DE ESTE SEGURO SERÁN TRASLADADOS AL HOGAR DEL ESTUDIANTE/INFANTE, PERO CIRCUNSCRITO SOLAMENTE A LOS DÍAS HÁBILES ESCOLARES, Y SOLO POR ACCIDENTES QUE OCURRAN DENTRO DEL DOMICILIO DE UN ASEGURADO ELEGIBLE DE LAS COLECTIVIDADES “A Y B”.

QUEDA ACORDADO QUE ESTA CONDICIÓN DE TRASLADO DE COBERTURA TAMBIÉN APLICA A EVENTOS DEPORTIVOS O ACADÉMICOS

**28 CONDICIONES GENERALES:**

**28.1 AVISO DE SINIESTRO**

QUEDA ACORDADO QUE:

- A) LO AVISOS DE SINIESTRO DEBERÁN SER NOTIFICADOS A LA ASEGURADORA VÍA TELEFÓNICA A LOS NÚMEROS DE CABINA INDICADOS PARA TAL FIN A SER PROPORCIONADOS POR LA ASEGURADORA.

- B) LAS ÚNICAS PERSONAS FACULTADAS PARA DAR AVISO SERÁN LOS PROFESORES Y DIRECTIVOS QUE PREVIAMENTE SEAN DESIGNADOS POR EL ASEGURADO SEGÚN LA RELACIÓN QUE SEA PROPORCIONADA A LA ASEGURADORA QUE SEA ADJUDICADA.

## **28.2 PREMISAS DEL SERVICIO Y ATENCION**

PARA PODER GOZAR DEL BENEFICIO DE PAGO DIRECTO EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA TODOS LOS SINIESTROS DEBEN SER INFORMADOS A CABINA DENTRO DE LAS PRIMERAS **24 HORAS** DE OCURRENCIA, CUANDO ESTOS OCURRAN DENTRO DE MÉXICO, Y DENTRO DE LAS PRIMERAS **72 HORAS** DE OCURRENCIA CUANDO ESTOS OCURRAN EN EL ESTADO DE PHOENIX, ARIZONA.

ASI MISMO SE ACUERDA LO SIGUIENTE:

- LOS AVISOS DE ACCIDENTE AL CALL CENTER SOLO PODRÁN SER REALIZADOS POR UN DIRECTOR O SUPLENTE AUTORIZADO QUIEN DEBERÁ PROPORCIONAR SU NOMBRE COMPLETO, TELÉFONO CONTACTO, CORREO ELECTRÓNICO Y CCT (CLAVE DE CENTRO DE TRABAJO), ASÍ COMO EL NOMBRE DEL ALUMNO, CURP Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA.
- LA LISTA DE DOCENTES O SUPLENTE AUTORIZADOS A REPORTAR ACCIDENTES SERÁ ENTREGADA A LA ASEGURADORA PREVIO AL INICIO DE LA VIGENCIA.
- LA TRAMITACIÓN DE LAS ASISTENCIAS DEBE DE SER DIRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ASEGURADORA QUIEN DARÁ SEGUIMIENTO HASTA EL CIERRE A TODAS LAS SOLICITUDES DE ASISTENCIAS Y/O SERVICIOS (INCLUYENDO LA ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITALES DE RED Y CITAS DE SEGUIMIENTO).
- EL MÉDICO QUE ATIENDA LA LLAMADA EN PRIMERA INSTANCIA SE QUEDARÁ EN LÍNEA CON EL BENEFICIARIO **HASTA LA CONFIRMACIÓN DE LA LLEGADA DE LA AMBULANCIA**, EN CASO DE QUE SE DICTAMINE QUE ES NECESARIA.
- LA VALIDACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL BENEFICIARIO DE ALGUNA DE LAS COLECTIVIDADES ASEGURADA, Y DE QUE EL ACCIDENTE ESTE DENTRO DE LA COBERTURA PREVISTA SE REALIZARÁ EN EL TRANCURSO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA O LA ATENCIÓN MÉDICA. EN CASO DE QUE LA PERSONA NO SEA ELEGIBLE O SE TRATE DE UN PADECIMIENTO PRE-EXISTENTE O NO CUBIERTO LOS GASTOS CORRERAN POR PARTE DE LOS PADRES O EL ALUMNO.
- SE DEBERA PRESENTAR EL AVISO DE ACCIDENTE FIRMADO, IDENTIFICACIÓN Y LA CONSTANCIA DE ESTUDIOS O INSCRIPCIÓN CON FOTOGRAFÍA DEL ALUMNO AFECTADO.
- EN CASO DE QUE AL BENEFICIARIO NO LE CORRESPONDA EL SERVICIO SOLICITADO SE LE INFORMARÁ, A ÉL O A SUS FAMILIARES, DE QUE TENDRÁN QUE HACER FRENTE A LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.
- LA ASIGNACIÓN DE AMBULANCIA CORRESPONDE A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE HAGA TELEFÓNICAMENTE POR EL DOCTOR DE CABINA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACCIDENTE REPORTADO. LOS CÓDIGOS PARA SERVICIO DE AMBULANCIA SON: VERDE 60 MINUTOS, AMARILLO 40 MINUTOS, ROJO 20 MINUTOS. LA VALORACIÓN MÉDICA PARA EL ENVÍO DE AMBULANCIA OCURRE EN CABINA DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN MÉDICA REFERIDA POR LA PERSONA QUE LLAME PARA DAR AVISO A CABINA.
- LA CONTRADICCIÓN, DOLO O ERROR EN DECLARACIONES RESPECTO A UN ACCIDENTE REPORTADO

PUEDE RETRASAR O IMPLICAR LA DENEGACIÓN DEL SERVICIO.

### **28.3 CENTRO DE CONTACTO.**

ESTE SERVICIO SE OTORGA PARA CADA INTEGRANTE DE LA COLECTIVIDAD SEGÚN CORRESPONDA Y CONSISTE EN OFRECER ORIENTACIÓN TELEFÓNICA, LLAMANDO EN EL ÁREA METROPOLITANA AL (55 5169 3912) 24/7 DURANTE LOS 365 DÍAS DEL AÑO PARA:

- 1) DAR AVISO DE ACCIDENTES
- 2) SOLICITAR SERVICIOS DE AMBULANCIA. SIEMPRE Y CUANDO SE AUTORIZADA EN FUNCIÓN DE LA CONDICIÓN MEDICA QUE SE REPORTE Y SEA A CAUSA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA
- 3) SOLICITAR ORIENTACIÓN MÉDICA.
- 4) DAR SEGUIMIENTO A UN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS.
- 5) SOLICITAR ORIENTACIÓN DE HOSPITALES SEDE, MÉDICOS DE RED Y MÉDICOS
- 6) PROGRAMAR UN SERVICIO FUNERARIO.
- 7) REPORTAR PROBLEMAS DE SERVICIO
- 8) SOLICITAR ORIENTACIÓN LEGAL.
- 9) SOLICITAR ORIENTACIÓN DE LAS COBERTURAS DE SEGUROS Y BENEFICIOS DE LAS ASISTENCIAS.

### **28.4 PROCESO PARA SOLICITAR ASISTENCIA INTERNACIONAL, CENTRAL TELEFÓNICA DE ASISTENCIA.**

DE NECESITAR ASISTENCIA EN CASO DE UNA EMERGENCIA INTERNACIONAL Y ANTES DE QUE EL TITULAR SE COMPROMETA A CUALQUIER GASTO O COSTOS DE SERVICIOS CON TERCEROS, DEBERÁ ESTE CONTACTAR DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE TERCEROS A LA CENTRAL DE ASISTENCIAS DE LA ASEGURADORA (LÍNEA INTERNACIONAL), A MÁS TARDAR DENTRO DE LAS **72 HORAS** DE HABER SUCEDIDO LA EMERGENCIA. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA ACARREA LA PÉRDIDA AUTOMÁTICA DE CUALQUIER DERECHO DE RECLAMO DE PARTE DEL TITULAR. PARA PODER COMUNICARSE CON DICHA CENTRAL SE PROPORCIONAN DIVERSAS FORMAS DE COMUNICACIÓN, BIEN SEA POR VÍA TELEFÓNICA Y ELECTRÓNICA, QUE SE INDICAN MÁS ADELANTE. SI EL TITULAR OPTA POR LA VÍA TELEFÓNICA, DEBERÁ LLAMAR A LOS NÚMEROS TELEFÓNICOS QUE SE HA DISPUESTO EN ESTADOS UNIDOS DE FORMA GRATUITA Y SI NO PUDIERA COMUNICARSE, DEBE SOLICITAR LA LLAMADA POR COBRAR O POR EL RECEPTOR DE LA LLAMADA (CARGO REVERTIDO O COLLECT). SI EL TITULAR OPTA COMUNICARSE POR VÍA ELECTRÓNICA COMO WHATSAPP, O POR EMAIL, SE LE PROPORCIONA MÁS ADELANTE LOS CONTACTOS PARA LOGRAR DICHA COMUNICACIÓN.

MEDIO DE COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE ASISTENCIA POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:

EMAIL: [hector.bracamonte@sonora.gob.mx](mailto:hector.bracamonte@sonora.gob.mx) WHATSAPP: +N/A.

### **28.5 CONDICIONES PARTICULARES Y OBLIGACIONES DEL TITULAR EN CASO DE EMERGENCIAS INTERNACIONALES.**

EN TODOS LOS CASOS, PARA LA OBTENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EL TITULAR DEBE:

- A. NOTIFICAR A LA CENTRAL DE ASISTENCIAS PERSONALMENTE O POR INTERMEDIO DE UNA TERCERA PERSONA, CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE REQUIERA DE UNA ASISTENCIA, A MÁS TARDAR DENTRO DE LAS **72 HORAS** DE PRODUCIDO EL EVENTO. NO NOTIFICAR DENTRO DE LAS **72 HORAS** ACARREA LA PÉRDIDA AUTOMÁTICA DE LOS DERECHOS DEL TITULAR A RECLAMAR O SOLICITAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA.
- B. SOLICITAR Y OBTENER LA AUTORIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS ANTES DE TOMAR

CUALQUIER INICIATIVA O COMPROMETER CUALQUIER GASTO CON RELACIÓN A LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR EL VOUCHER/PLAN DE ASISTENCIA. RECOMENDAMOS ANOTAR LOS NOMBRES, APELLIDOS Y NÚMEROS DE AUTORIZACIONES QUE LE SERÁN DADOS POR LA CENTRAL. EN LOS CASOS DONDE NO SE HAYA SOLICITADO LA AUTORIZACIÓN A LA CENTRAL NI SE HAYA OBTENIDO LA AUTORIZACIÓN, NO PROCEDERÁ REEMBOLSO ALGUNO, NI DARÁ DERECHOS A RECLAMOS.

- C. EN CASO DE UNA SITUACIÓN DONDE LA VIDA DEL TITULAR ESTÉ EN RIESGO O AMENAZADA DEBIDO A UN ACCIDENTE O CONDICIÓN MÉDICA REAL Y COMPROBABLE, DEBE ACUDIR AL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO PARA PROCURAR EL TRATAMIENTO NECESARIO, CON LA OBLIGACIÓN INELUDIBLE DE INFORMARLO A LA CENTRAL DE ASISTENCIA EN EL TRANSCURSO DE LAS SIGUIENTES **72 HORAS** DE OCURRIDO EL EVENTO. EN TODO CASO, SI LA CONDICIÓN DE RIESGO VITAL NO FUERE JUSTIFICADA A CRITERIO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS Y CON BASE AL INFORME MÉDICO RESULTANTE DE DICHA EMERGENCIA, LA ASEGURADORA TENDRÁ LA OPCIÓN UNILATERAL DE PAGAR AL CENTRO MÉDICO PARTICIPANTE, EL EQUIVALENTE AL PAGO DE LOS HONORARIOS MÉDICOS QUE HUBIERE COSTADO ASUMIR EN UN PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA ORDINARIO Y CON UN TOPE MÁXIMO DE US\$300 (TRESCIENTOS DÓLARES) O BIEN REEMBOLSARLE DICHA CANTIDAD TOPE AL TITULAR SI ESTE HUBIERA PAGADO DIRECTAMENTE A DICHO CENTRO. QUEDA CLARAMENTE ENTENDIDO QUE LA NOTIFICACIÓN A LA CENTRAL DE ASISTENCIAS RESULTA IMPRESCINDIBLE AUN CUANDO EL PROBLEMA SUSCITADO SE ENCUENTRE TOTALMENTE RESUELTO, YA QUE LA ASEGURADORA NO PODRÁ TOMAR A SU CARGO EL COSTO DE NINGUNA ASISTENCIA SIN EL PREVIO CONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS.

EL TITULAR ACEPTA QUE LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE GRABAR Y AUDITAR LAS CONVERSACIONES TELEFÓNICAS QUE ESTIME NECESARIAS PARA EL BUEN DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS. EL TITULAR ACEPTA EXPRESAMENTE LA MODALIDAD INDICADA Y MANIFIESTA SU CONFORMIDAD POR LA EVENTUAL UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS TECNOLÓGICOS, GRABACIONES, CORRESPONDENCIA Y AFINES, COMO MEDIO DE PRUEBA EN CASO DE EXISTENCIA DE CONTROVERSIAS RESPECTO DE LA ASISTENCIA PRESTADA.

- D. ACEPTAR Y ACATAR LAS SOLUCIONES INDICADAS Y RECOMENDADAS POR LA CENTRAL DE ASISTENCIAS Y LLEGADO EL CASO, CONSENTIR CON LA REPATRIACIÓN A SU PAÍS DE ORIGEN, CUANDO SEGÚN OPINIÓN MÉDICA SU ESTADO SALUD LO PERMITA Y LO REQUIERA
- E. PROVEER LA DOCUMENTACIÓN QUE PERMITA CONFIRMAR LA PROCEDENCIA DEL CASO, ASÍ COMO TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE GASTOS A SER EVALUADOS PARA SU EVENTUAL REEMBOLSO POR LA ASEGURADORA Y TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA (INCLUYENDO LA ANTERIOR AL INICIO DEL VIAJE), QUE PERMITA A LA CENTRAL LA EVALUACIÓN DEL CASO.
- F. EN TODOS AQUELLOS CASOS EN QUE LA ASEGURADORA LO REQUIERA O BIEN EL PROVEEDOR INTERVINIENTE EN LA ASISTENCIA, EL TITULAR DEBERÁ OTORGAR LAS AUTORIZACIONES PARA REVELAR SU HISTORIA CLÍNICA COMPLETANDO EL *RECORD RELEASE FORM* QUE LE ENVIARÁ EL CENTRO DE ASISTENCIA Y LO DEVOLVERÁ POR CORREO ELECTRÓNICO A LA MISMA. ASIMISMO, EL TITULAR AUTORIZA A LA ASEGURADORA O SUS PROVEEDORES, A REQUERIR EN SU NOMBRE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA A LOS PROFESIONALES TANTO DEL EXTERIOR COMO DEL PAÍS DE SU RESIDENCIA, CON EL OBJETIVO DE PODER EVALUAR Y EVENTUALMENTE DECIDIR SOBRE LA APLICABILIDAD DE LAS RESTRICCIONES EN CASOS DE DOLENCIAS CRÓNICAS O PREEXISTENTES O DE LA AFECCIÓN QUE HAYA DADO ORIGEN A SU ASISTENCIA. RECOMENDAMOS EN FORMA ESPECIAL A LOS TITULARES DILIGENCIAR SIEMPRE EL FORMULARIO CUANDO SE REGISTREN EN UN CENTRO HOSPITALARIO, LO CUAL SERÁ DE GRAN AYUDA EN LOS CASOS DE REEMBOLSOS Y/O EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE DETERMINADOS CASOS QUE REQUIERAN DEL ESTUDIO DEL HISTORIAL

MÉDICO DEL PACIENTE.

- G. ES OBLIGACIÓN DEL TITULAR ENTREGAR A LA ASEGURADORA EL/LOS RECIBO (BOLETO) DE PASAJE (TICKETS, BOLETOS) QUE POSEA, EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA ASEGURADORA SE HAGA CARGO DE LA DIFERENCIA SOBRE EL O LOS PASAJES ORIGINALES Y LOS NUEVOS EMITIDOS, O CUANDO PROCEDAN A LA REPATRIACIÓN DEL TITULAR SEA EL QUE FUERE EL MOTIVO.
- H. EN LOS CASOS DE INTERNACIÓN U HOSPITALIZACIÓN, AMBULATORIA O NO, DEBIDO A UNA EMERGENCIA SÚBITA DURANTE SU VIAJE AL EXTERIOR, EL TITULAR TIENE LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LA ASEGURADORA SI CUENTA CON UN SEGURO MÉDICO U OTRA COBERTURA AFÍN QUE LE CUBRA DICHOS GASTOS. EN CONSECUENCIA, DE SER ESTE EL CASO Y ESTAR DICHA SITUACIÓN DENTRO DE LAS PREVISIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR EL PLAN/VOUCHER RESPECTIVO, LA ASEGURADORA SERÁ LA ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN DE TODO EL PROCEDIMIENTO PERTINENTE, COMPROMETIÉNDOSE A MANTENER COMUNICACIÓN CON LA EMPRESA DE SEGUROS O SIMILAR RESPONSABLE Y LA ASEGURADORA ASUMIRÁ DE SER PROCEDENTE, LOS GASTOS OCASIONADOS HASTA EL MONTO MÁXIMO DEL DEDUCIBLE QUE ESTABLEZCA LA PÓLIZA DE SEGUROS O SIMILAR. NOTA: EN ALGUNOS PAÍSES Y PRINCIPALMENTE EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, Y EN EUROPA, DEBIDO A POR RAZONES DE PROCESOS DE ESTANDARIZACIÓN INFORMÁTICA, LA MAYORÍA DE LOS CENTROS MÉDICOS ASISTENCIALES TALES COMO HOSPITALES, CONSULTORIOS, CLÍNICAS, LABORATORIOS SUELEN ENVIAR FACTURAS Y / O RECLAMOS DE PAGO A LOS PACIENTES ATENDIDOS, INCLUSIVE AUN DESPUÉS DE QUE LAS CUENTAS O FACTURAS HAYA SIDO PAGADAS Y SALDADAS POR LA ASEGURADORA. EN CASO DE QUE ELLO OCURRA, EL TITULAR DEBERÁ CONTACTAR LA OFICINA DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS ENVIANDO UN EMAIL A: [hector.bracamonte@sonora.gob.mx](mailto:hector.bracamonte@sonora.gob.mx) Y NOTIFICAR ESTA SITUACIÓN. LA CENTRAL SE ENCARGARÁ DE ACLARAR DICHA SITUACIÓN CON EL CENTRO HOSPITALARIO.
- I. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL EXTRANJERO POR ENFERMEDAD AGUDA, REPENTINA E IMPREVISTA: EN LOS CASOS DE EMERGENCIA QUE REQUIERAN EN FORMA INMEDIATA ESTE TRATAMIENTO, Y QUE NO PUEDAN SER DIFERIDAS O POSTERGADAS HASTA EL RETORNO DEL TITULAR A SU PAÍS DE ORIGEN, SIEMPRE Y CUANDO SEAN AUTORIZADAS POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS. SI A JUICIO DE LOS MÉDICOS REGULADORES DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS FUESE POSIBLE EL REGRESO AL LUGAR DE ORIGEN PARA RECIBIR EN ÉL EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO NECESARIO, SE PROCEDERÁ A LA REPATRIACIÓN DEL TITULAR, QUIEN ESTÁ OBLIGADO A ACEPTAR TAL SOLUCIÓN. EN CASO DE RECHAZO A LA REPATRIACIÓN POR EL TITULAR PERDERÁ TODOS LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR LA ASEGURADORA. PARTICULARMENTE LA ALTERNATIVA DE LA REPATRIACIÓN SANITARIA SE TOMARÁ EN LOS CASOS DE TRATAMIENTOS DE LARGA DURACIÓN, CIRUGÍAS PROGRAMADAS, CIRUGÍAS NO URGENTES.

#### **29. ANTICIPOS.**

NO EXISTEN NINGÚN TIPO DE ANTICIPOS. EL PAGO SE REALIZARÁ DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES DE RED O VIA REEMBOLSO SEGÚN SEA EL CASO.

#### **30. REEMBOLSO DE RECLAMACIONES.**

SALVO LO PREVISTO PARA PROVEEDORES DE RED, LA INDEMNIZACIÓN POR CUALQUIER GASTO INDEMNIZABLE SERÁ PAGADA DENTRO DE LOS (30) TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA ASEGURADORA HAYA RECIBIDO DEL ASEGURADO LA INTEGRIDAD DE DOCUMENTOS QUE ACREDITEN DICHOS GASTOS.

LA FORMA DE PAGO AL ASEGURADO SERÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, O DEPÓSITO, A CUENTAS BANCARIAS A SU NOMBRE, LA INFORMACIÓN DE DICHAS CUENTAS SE DEBERÁ DAR A CONOCER OPORTUNAMENTE A LA EMPRESA ASEGURADORA POR PARTE DEL ASEGURADO. CUANDO EL ASEGURADO BENEFICIARIO NO CUENTE CON CUENTA BANCARIA SE ESTARÁ A LO PREVISTO PARA LA APERTURA DE CUENTAS.

### **31. PAGO DIRECTO**

MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A ESTA COBERTURA, SE OTORGA EL BENEFICIO DE PAGO DIRECTO AL PRESTADOR DE SERVICIOS EN CONVENIO SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE UN HOSPITAL DE RED Y/O UN MÉDICO DE RED, Y QUE EL ACCIDENTE HAYA SIDO REPORTADO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ATENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA DE ACCIDENTES CUBIERTOS POR EL CONTRATO, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES, EN LA CARÁTULA DE PÓLIZA Y LOS ENDOSOS ADHERIDOS A LA MISMA. ES NECESARIO PARA OTORGAR EL PAGO DIRECTO QUE EL ASEGURADO CUMPLA CON LO SIGUIENTE:

- 1) QUE SE COMUNIQUE AL CENTRO DE CONTACTO DESIGNADO POR LA ASEGURADORA A LOS TELÉFONOS (55 5169 3912) DESDE EL ÁREA METROPOLITANA DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS Y ANTES DE INGRESAR AL HOSPITAL PARA SOLICITAR ESTE BENEFICIO.
- 2) QUE EL MONTO DE LOS GASTOS PROCEDENTES DERIVADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA REBASAN, EN SU CASO, EL DEDUCIBLE CONTRATADO. EL OTORGAMIENTO DE ESTE BENEFICIO NO EXIME AL ASEGURADO DEL PAGO DE DEDUCIBLE MENCIONADO EN LA PÓLIZA O COSTOS EXCEDENTES CUANDO SEAS APLICABLES. TRATÁNDOSE DE GASTOS QUE EXCEDAN LOS LÍMITES DE ASEGURAMIENTO PREVISTOS EN PÓLIZA, DICHS GASTOS EN EXCESO DEBERÁN SER GARANTIZADOS Y PAGADOS POR EL PADRE, MADRE O TUTOR.

### **32. INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

EN CASO DE QUE LA EMPRESA ASEGURADORA, NO OBSTANTE HABER RECIBIDO LOS DOCUMENTOS E INFORMACIONES QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, 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 APLICABLE, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO, BENEFICIARIO O TERCERO DAÑADO, UN INTERÉS MORATORIO CALCULADO CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE GARANTÍAS, DURANTE EL LAPSO DE MORA, QUE SE COMPUTARÁ APARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE 30 DÍAS SEÑALADO.

### **33. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA ASEGURADORA HARÁ EL PAGO DIRECTO A HOSPITALES DE LA RED DE PROVEEDORES, DE LA INDEMNIZACIÓN EN LAS OFICINAS DEL ASEGURADO O EN CUALQUIER OTRO DOMICILIO CUANDO MEDIANTE ESCRITO EL ASEGURADO ASÍ LO SOLICITE, EN EL CURSO DE LOS TREINTA DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA RECIBIDO LOS DOCUMENTOS E INFORMACIONES QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA.

### **34. GASTOS ADMINISTRATIVOS.**

SE PRECISA QUE NO OBSTANTE CUALQUIER ESTIPULACIÓN EN CONTRARIO, LOS GASTOS Y/O COSTOS ADMINISTRATIVOS EROGADOS POR EL ASEGURADO PARA EL SOPORTE E INTEGRACIÓN DE LAS RECLAMACIONES NO ESTÁN CUBIERTOS.

### **35. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.**

EL ASEGURADO PODRÁ, POR CAUSAS IMPUTABLES A LA EMPRESA ASEGURADORA, RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO ÉSTE ÚLTIMO INCUMPLA CON CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL MISMO. DICHA RESCISIÓN OPERARÁ DE PLENO DERECHO, SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL, BASTANDO QUE SE CUMPLA CON EL PROCEDIMIENTO SEÑALADO EN ESTA CLÁUSULA.

LAS CAUSAS QUE PUEDEN DAR LUGAR A LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO POR PARTE DEL

ASEGURADO EN FORMA ENUNCIATIVA PERO NO LIMITATIVA, SON LAS SIGUIENTES:

- A) SI LA EMPRESA ASEGURADORA ES DECLARADA EN CONCURSO MERCANTIL O DE ACREEDORES EN CUALQUIER SITUACIÓN ANÁLOGA QUE AFECTE SU PATRIMONIO.
- B) SI LOS SERVICIOS NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES Y CALIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO.
- C) SI EL ASEGURADO PUEDE COMPROBAR FRAUDE, DOLO O FALSA DECLARACIÓN POR PARTE DE LA EMPRESA ASEGURADORA CON RESPECTO A CUALQUIER PARTE DEL RIESGO.
- D) EN GENERAL, POR EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA EMPRESA ASEGURADORA A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO Y SUS ANEXOS O A LAS LEYES Y REGLAMENTOS APLICABLES, EN ESPECIAL LO ESTABLECIDO EN LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.
- E) SI LA EMPRESA ASEGURADORA SUSPENDE INJUSTIFICADAMENTE LOS SERVICIOS O BIEN SI INCUMPLE CON LOS PLAZOS DE EJECUCIÓN QUE SE HUBIEREN PACTADO EN ESTE CONTRATO.
- F) SI LA EMPRESA ASEGURADORA NO DA AL ASEGURADO O A QUIEN ÉSTE DESIGNE PORESCRITO, LAS FACILIDADES O INFORMACIÓN NECESARIAS PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS.

EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LA EMPRESA ASEGURADORA, EL ASEGURADO PODRÁ OPTAR ENTRE EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL MISMO Y EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES POR MORA Y/O DECLARAR LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA CONFORME AL PROCEDIMIENTO QUE SE SEÑALA EN ESTA CLÁUSULA, SIN MENOSCABO DE QUE EL ASEGURADO PUEDA EJERCER LAS ACCIONES JUDICIALES QUE PROCEDAN.

SI LA EMPRESA ASEGURADORA ES QUIEN DECIDE RESCINDIRLO, SERÁ NECESARIO QUE ACUDA ANTE LA AUTORIDAD JUDICIAL Y OBTenga LA DECLARACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, TODOS LOS DERECHOS DEL ASEGURADO QUEDAN A SALVO HASTA EL MOMENTO DE LA RESCISIÓN, ESTO SIGNIFICA QUE LA EMPRESA ASEGURADORA SEGUIRÁ SIENDO LA RESPONSABLE POR LOS SINIESTROS OCURRIDOS ANTES DE LA FECHA DE RESCISIÓN Y HASTA LAS 12:00 HORAS DEL DÍA EN QUE ESTA SURTA EFECTO.

EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO SE INICIARÁ EN CUALQUIER MOMENTO POSTERIOR A QUE SE PRESENTE ALGUNA DE LAS CAUSAS DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA CONSIGNADAS EN ESTE CONTRATO.

DENTRO DEL TÉRMINO DE REFERENCIA, O EN CUALQUIER MOMENTO POSTERIOR A QUE SE PRESENTE ALGUNA DE LAS CAUSAS DE RESCISIÓN CONSIGNADAS EN ESTE CONTRATO, SE COMUNICARÁ POR ESCRITO DICHA CIRCUNSTANCIA A LA EMPRESA ASEGURADORA, A FIN DE QUE ÉSTE, EN UN PLAZONO MAYOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBA LA NOTIFICACIÓN DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA, MANIFIESTE LO QUE A SU DERECHO CONVenga Y APORTE, EN SU CASO, LAS PRUEBAS QUE ESTIME PERTINENTES.

LA DETERMINACIÓN DE DAR O NO POR RESCINDIDO EL CONTRATO, DEBERÁ SER DEBIDAMENTE FUNDADA, MOTIVADA Y COMUNICADA A LA EMPRESA ASEGURADORA DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES AL VENCIMIENTO DEL PLAZO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR.

SI PREVIAMENTE A LA DETERMINACIÓN DE DAR POR RESCINDIDO ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO, LA EMPRESA ASEGURADORA CONCLUYERE CON LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS, EL PROCEDIMIENTO QUEDARÁ SIN EFECTO, SIN PERJUICIO DE QUE EL ASEGURADO REQUIERA LAS INDEMNIZACIONES POR MORA ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS.

### **36. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.**

EL ASEGURADO PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SEEXTINGA LA NECESIDAD DE

REQUERIR LOS SERVICIOS ORIGINALMENTE CONTRATADOS, Y SE DEMUESTRE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS SE OCASIONARÍA UN DAÑO O PERJUICIO AL ESTADO.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, TODOS LOS DERECHOS DEL ASEGURADO QUEDAN A SALVO HASTA EL MOMENTO DE LA TERMINACIÓN, ESTO SIGNIFICA QUE LA EMPRESA ASEGURADORA SEGUIRÁ SIENDO LA RESPONSABLE POR LOS SINIESTROS OCURRIDOS ANTES DE LA FECHA DE TERMINACIÓN Y HASTA LAS 12:00 HORAS DEL DÍA EN QUE ESTA SURTA EFECTO.

**37. COMPETENCIA.**

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, TENGA ALGUNA RECLAMACIÓN CONTRA LA EMPRESA ASEGURADORA EN RELACIÓN CON EL CONTRATO DE SEGUROS, ACUDIRÁ A LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS.

**38. IDIOMA OFICIAL.**

EN CASO DE CUALQUIER CONTROVERSIA ENTRE LA EMPRESA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO EN RELACIÓN CON ESTA COBERTURA, PREVALECE LA VERSIÓN DE LA COBERTURA EMITIDA EN EL IDIOMA ESPAÑOL.

**39. ERRORES U OMISIONES.**

EL ASEGURADO Y/O LOS DERECHOS DEL ASEGURADO NO SE VERÁN AFECTADOS POR NINGÚN ERROR, OMISIÓN O FALTA AL PROPORCIONAR INFORMACIÓN O REPORTES A LA EMPRESA ASEGURADORA, PERO TALES ERRORES, OMISIONES O FALTAS LAS DEBERÁ CORREGIR EL ASEGURADO TAN PRONTO COMO TENGA CONOCIMIENTO DE ESTOS.

LAS PARTES ACUERDAN QUE ESTE SEGURO NO SERÁ PERJUDICADO POR CUALQUIER ERROR U OMISIÓN INADVERTIDO POR PARTE DEL ASEGURADO EN EL ENTENDIDO DE QUE EL DESCUBRIMIENTO DE DICHO ERROR U OMISIÓN DEBERÁ SER RECTIFICADO EN CUANTO SEA DESCUBIERTO.

**40. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.**

SI EL CONTENIDO DE LA COBERTURA 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 COBERTURA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERARÁN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA COBERTURA, O DE SUS MODIFICACIONES.

**41. QUIEBRA E INSOLVENCIA.**

EN EL CASO DE BANCARROTA O INSOLVENCIA DEL ASEGURADO O DE CUALQUIER ENTIDAD QUE FORME PARTE DEL ASEGURADO, NO RELEVARÁ A LA EMPRESA ASEGURADORA DEL PAGO DE LAS RECLAMACIONES QUE AFECTEN LA PRESENTE COBERTURA, DEBIDO A TAL BANCARROTA O INSOLVENCIA.

**42. CONDICIONES NO PREVISTAS.**

QUEDA ESTABLECIDO QUE, PARA LO NO PREVISTO EN ESTA COBERTURA, SE SOMETERÁ A LO QUE SE ESTABLECE EN LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

**43. RECLAMACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS.**

SI EL ASEGURADO PRESENTARA CUALQUIER RECLAMACIÓN SABRIENDO QUE LA MISMA ES FALSA O FRAUDULENTE EN LO QUE SE REFIERE AL MONTO O POR CUALQUIER OTRA CAUSA, ESTA PÓLIZA QUEDARÁ INVALIDADA CON RESPECTO A TAL RECLAMACIÓN.

**44. CLÁUSULA DE MONEDA.**

LAS PRIMAS Y SINIESTROS SERÁN PAGADEROS EN MONEDA NACIONAL

**45.- ESTANDARES DE SERVICIOS**

SERVICIOS QUE LA ASEGURADORA DEBERÁ CUMPLIR CON LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZAS Y SINIESTROS,

EN DUPLICADOS, MOVIMIENTOS, TIEMPO DE RESPUESTA, ASÍ COMOP LAS DEDUCTIVAS APLICABLES. ANEXO NO. 7.

**46. CAPACIDADES Y REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE SERVICIO, ANEXO 8.**

LA ASEGURADORA SE OBLIGA INDISTINTAMENTE Y EN TODO MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A MANTENER A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO UN MÍNIMO DE CAPACIDADES DE SERVICIO Y ATENCIÓN DENTRO DEL ESTADO DE SONORA EN LOS MUNICIPIOS DE HERMOSILLO, CIUDAD OBREÓN, NAVOJOA, NOGALES, AGUA PRIETA, CABORCA Y SAN LUIS RÍO COLORADO, PRESENTANDO PARA ELLO SU RED HOSPITALARIA EN TODO EL TERRITORIO ESTATAL:

**RED MEDICA**

<b>ATENCIÓN MEDICA HOSPITALARIA Y AMBULATORIA INCLUIDOS O EQUIVALENTES A LOS SIGUIENTES:</b>		
1	CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE, SA. DE C.V.	HERMOSILLO
2	HOSPITAL CIMA HERMOSILLO	HERMOSILLO
3	CENTRO MEDICO SUR SONORA	OBREGON
4	HOSPITAL SAN JOSÉ DE NAVOJOA	OBREGON
5	HOSPITAL DEL SOCORRO DE NOGALES	NOGALES
6	HOSPITAL SAN JOSÉ	HERMOSILLO
7	HOSPITAL DEL SOCORRO DE NOGALES, SA DE CV	NOGALES
8	HOSPITAL PRIVADO SAN JOSÉ DE CIUDAD OBREGÓN	OBREGON
9	CLINICA DE ESPECIALIDADES SANTA FE	CABORCA
10	HOSPITAL SANTA MARGARITA	SAN LUIS RIO COLORADO
11	HOSPITAL SAN JOSE	AGUA PRIETA

**46. PRESCRIPCIÓN.**

TODAS LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO DE SEGUROS, PRESCRIBIRÁN EN DOS AÑOS CONTADOS EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, DESDE LA FECHA DEL ACONTECIMIENTO QUE LES DIO ORIGEN, SALVO LOS CASOS DE EXCEPCIÓN CONSIGNADOS EN EL ARTÍCULO 82 DE LA MISMA LEY. LA PRESCRIPCIÓN SE INTERRUMPIRÁ NO SOLO POR LAS CAUSAS ORDINARIAS, SINO TAMBIÉN POR EL NOMBRAMIENTO DE PERITOS Y DEMÁS ORDENAMIENTOS APLICABLES EN LA MATERIA.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, COMO CAUSAS ORDINARIAS DE INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, DEBERÁN CONSIDERARSE, DE MANERA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA, LAS SIGUIENTES: ENTREGA INICIAL Y SUBSECUENTE DE DOCUMENTOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE RESPECTIVO; LA ASEGURADORA DEBERÁ CONSIDERAR LA FALTA DE DOCUMENTACIÓN QUE POR CAUSA DE FUERZA MAYOR NO SE ENCUENTRE EN PODER DEL ASEGURADO, ABSTENIÉNDOSE DE EXIGIR LA MISMA.

**ANEXOS DE PÓLIZA**

<b>ANEXO 1</b>	<b>CEDULA DE COLECTIVIDADES</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>DISTRIBUCION DE PRIMAS</b>
<b>ANEXO 3</b>	<b>RESUMEN DE COLECTIVIDADES</b>
<b>ANEXO 4</b>	<b>CEDULA DE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES ASEGURADAS</b>
<b>ANEXO 5</b>	<b>PERSONAL ESPECIALIZADO DE LA ASEGURADORA.</b>
<b>ANEXO 6</b>	<b>RESPONSABLES DE LA ASEGURADORA EN RELACION CON SINIESTROS.</b>
<b>ANEXO 7</b>	<b>REPORTES DE SINIESTRALIDAD</b>
<b>ANEXO 8</b>	<b>ESTANDARES DE SERVICIO</b>
<b>ANEXO 9</b>	<b>CAPACIDADES Y REQUERIMIENTOS MINIMOS DE SERVICIO (RED MÉDICA)</b>

**ANEXO NO. 1  
RELACIÓN DE ESCUELAS POR COLECTIVIDAD  
DE ACUERDO ARCHIVO ANEXO**

**ANEXO 2  
DISTRIBUCIÓN DE PRIMAS**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

<b>CONCENTRADO DE ACCIDENTES ESCOLARES</b>				
<b>Institución</b>	<b>Colectividad</b>	<b>Cendis</b>	<b>Alumnos</b>	<b>Docentes</b>
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA SEC	A	0	492,748	18,843
INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE SONORA- ICATSON	B	0	9,393	280
COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA- COBACH	B	0	27,970	978
COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL ESTADO DE SONORA- CECyTES	B	0	19,174	823
TELEBACHILLERATOS DEPENDIENTES DE CECYTES	B		1,669	102
COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA DEL ESTADO DE SON.- CONALEP	B	0	14,822	624
UNIVERSIDAD ESTATAL DE SONORA- UES	B	0	14,118	1089
UNIVERSIDAD DE LA SIERRA- UNISIERRA	B	0	539	28
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE HERMOSILLO- UTH	B	0	3,800	249
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE NOGALES- UTN	B	0	1,180	115
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL SUR DE SONORA- UTSS	B	0	1,200	97
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE ETCHOJOA- UTE	B	0	932	42
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PUERTO PEÑASCO- UTPP	B	0	362	40
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SAN LUIS RIO COLORADO- UTSLRC	B	0	1,050	96
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CAJEME- ITSCA	B	0	2,780	298
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE GUAYMAS- UTG	B	0	476	56
CRESON CENTRO REGIONAL DE FORMACION DOCENTE DEL ESTADO DE SONORA	B	0	4,307	393
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF - SONORA)	B	0	41	10
OFICIALÍA MAYOR	A	121		39
UNIVERSIDAD DE LA SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA	B	0	400	15
<b>TOTAL</b>		<b>121</b>	<b>596,961</b>	<b>24,217</b>

**ANEXO 3  
RESUMEN DE COLECTIVIDADES**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

**RESUMEN COLECTIVIDADES**

COLECTIVIDAD	TOTAL
A	492,869
B	104,213
C	24,217
<b>TOTALES</b>	<b>621,299</b>

**TOTAL A & B                      597,082**

**ANEXO 4  
CEDULA DE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES ASEGURADAS**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

No.	DEPENDENCIA / ENTIDAD / ORGANISMO	RFC	DOMICILIO
1	GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA SEC	GES 790913 CT0	COMONFORT Y DR. PALIZA SN, COLONIA CENTENARIO, C.P. 82360, HERMOSILLO, SONORA
2	COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA COBACH	CBE750713237	BOULEVARD AGUSTIN DE VILDOSOLA SN, COLONIA VILLA DE SERIS, C.P. 83280, HERMOSILLO, SONORA
3	COLEGIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS DEL ESTADO DE SONORA CECYTES	CEC910310AA6	CALLE LA ESCONDIDA 34, COLONIA SANTA FE, C.P. 83249, HERMOSILLO, SONORA
4	COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA DEL ESTADO DE SONORA CONALEP	CEP990211NU9	CALLE MATAMOROS 105, COLONIA HERMOSILLO CENTRO, C.P. 83000, HERMOSILLO, SONORA.
5	UNIVERSIDAD ESTATAL DE SONORA UES	UES830928HF5	AVENIDA LEY FEDERAL DEL TRABAJO SIN NUMERO, COLONIA APOLO, C.P. 83100, HERMOSILLO, SONORA
6	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE HERMOSILLO UTH	UTH981009NE1	BOULEVARD DE LOS SERIS FINAL SN, COLONIA PARQUE INDUSTRIAL, C.P. 83299, HERMOSILLO, SONORA
7	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE NOGALES UTN	UTN981009IKA	AVENIDA UNIVERSIDAD 271, COLONIA UNIVERSITARIA, C.P. 84094, NOGALES, SONORA
8	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL SUR DE SONORA UTSS	UTS020902FI7	DR NORMAN E BOURLAUNG KIM 14, COLONIA NUEVO MEXICO, C.P. 85095, CAJEME, SONORA
9	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE ETCHOJOA UTE	UTE101214H82	CARRETERA ETCHOJOA-BACOBAMPO KM 6.0, C.P. 85287, ETCHOJOA, SONORA
10	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PUERTO PEÑASCO UTPP	UTP101214QHA	BOULEVARD TECNOLÓGICO SIN NUMERO, COLONIA BRISAS DEL GOLFO, C.P. 83553, PUERTO PEÑASCO, SONORA
11	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SAN LUIS RIO COLORADO UTSLRC	UTS101214GP6	AVENIDA JALISCO SIN NUMERO, COLONIA PROGRESO, C.P. 83458, SAN LUIS RIO COLORADO
12	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CAJEME ITESCA	ITS980302Q98	CARETERA INTERNACIONAL KM 2 OBREGON- NOGALES, COLONIA AMANECER 2, C.P. 85024, CAJEME, SONORA
13	INSTITUTO DE CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE SONORA ICATSON	ICT941215GW8	AVENIDA PASEO RIO SONORA 173, COLONIA PROYECTO RIO SONORA, C.P. 83270, HERMOSILLO, SONORA.
14	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE GUAYMAS UTG	UTG120828GW1	CARRETERA INTERNACIONAL KM 12, C.P. 85509, GUAYMAS, SONORA

No.	DEPENDENCIA / ENTIDAD / ORGANISMO	RFC	DOMICILIO
15	CENTRO REGIONAL DE FORMACION PROFESIONAL DOCENTE DE SONORA CRESON	CRF170502T43	CARRETERA FEDERAL 15 KILOMETRO 10.5, COLONIA CUARTEL XX CAFE COMBATE, C.P. 83165, HERMOSILLO, SONORA
16	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF - SONORA)	SDI831007RD4	BOULEVARD LUIS ENCINAS SIN NUMERO, COLONIA SAN BENITO, C.P. 83190, HERMOSILLO, SONORA
17	<b>GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA</b> OFICIALÍA MAYOR	GES 790913 CT0	COMONFORT Y DR. PALIZA SN, COLONIA CENTENARIO, C.P. 82360, HERMOSILLO, SONORA
18	UNIVERSIDAD DE LA SIERRA	USI020415U24	CARRETERA MOCTEZUMA CUMPAS KM 2.5, C.P. 84560, MOCTEZUMA, SONORA.
19	UNIVERSIDAD DE LA SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA	ISS9612306H8	CARRETERA A GUAYMAS KM 3.5, COLONIA Y GRIEGA, C.P. 83290, HERMOSILLO, SONORA

**ANEXO 5  
PERSONAL ESPECIALIZADO DE LA ASEGURADORA**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

**PERSONAL ESPECIALIZADO DE LA ASEGURADORA**

<b>EJECUTIVO: RESPONSABLE DE ATENCIÓN Y COORDINADOR</b>					
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE</b>	<b>PUESTO</b>	<b>TELEFONO DIRECTO</b>	<b>CONMUTADOR EXTENSIÓN</b>	<b>TELEFONO CELULAR</b>	<b>CORREO ELECTRONICO</b>
<i>Rodrigo Muedano Villafranco</i>	<i>Gerente Comercial</i>	<i>17209854</i>	<i>71881</i>	<i>5555081626</i>	<i>rmuedano@segurosazteca.com.mx</i>

<b>ENCARGADO DE RECLAMACIONES:</b>					
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE</b>	<b>PUESTO</b>	<b>TELEFONO DIRECTO</b>	<b>CONMUTADOR EXTENSIÓN</b>	<b>TELEFONO CELULAR</b>	<b>CORREO ELECTRONICO</b>
<i>Christofer Galán Bermudez</i>	<i>Ejecutivo de Cuenta</i>	<i>5517207000</i>	<i>71841</i>	<i>N/A</i>	<i>christofer.galan@segurosazteca.com.mx</i>

**ANEXO 6  
RESPONSABLES DE LA ASEGURADORA EN RELACIÓN CON SINIESTROS**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

**RESPONSABLES DE LA ASEGURADORA EN RELACIÓN CON SINIESTROS**

**ÁREA DE LA ASEGURADORA PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS.**

**LA CORRESPONDENCIA DEBERÁ DIRIGIRSE A:**

<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE:</b> Olga Maria Galan	<b>CARGO:</b> <i>Ejecutiva de cuenta</i>
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO <a href="mailto:omgarcia@segurosazteca.com.mx">omgarcia@segurosazteca.com.mx</a>	

**ANEXO 7  
REPORTES DE SINIESTRALIDAD**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

**REPORTE DE SINIESTRALIDAD (PARA USO INTERNO DEL ASEGURADO)**

*(LA ASEGURADORA ENTREGARA AL ASEGURADO DENTRO DE LOS CINCO PRIMEROS DÍAS DE CADA MES)*

**ENCABEZADO DEL REPORTE:**

NOMBRE DEL REPORTE.  
FECHA DE EMISIÓN: (FECHA DE CORTE; DD-MMM-  
AAAA).NOMBRE DEL ASEGURADO.  
DENOMINACIÓN Y NÚMERO DE  
PÓLIZA.VIGENCIA DE LA PÓLIZA.  
FECHA DE CORTE: (DD-MMM-  
AAAA).MONEDA MXN \$

**ESTRUCTURA DEL REPORTE:**

- CONSECUTIVO.
- NÚMERO DE SINIESTRO ASEGURADORA.
- FECHA DE SINIESTRO.
- FECHA DE RECLAMACIÓN.
- MONTO ESTIMADO DEL SINIESTRO
- TIPO DE PAGO (DIRECTO O REEMBOLSO)
- NOMBRE DEL ALUMNO
- CURP
- NOMBRE DE LA ESCUELA Y CCT (CENTRO DE TRABAJO)
- MUNICIPIO
- CAUSA
- FECHA DE CANCELACIÓN (EN SU CASO).
- MOTIVO DE LA CANCELACIÓN (EN SU CASO).
- MONTO DE RECHAZO Y MONTO NO CUBIERTO (EN SU CASO).
- EXPEDIENTE COMPLETO (SI / NO)
- COMENTARIOS U OBSERVACIONES (INFORMACIÓN FALTANTE)

**ANEXO 8  
ESTANDARES DE SERVICIO**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-DIC-2024**

SUSCRIPCIÓN		TIEMPO DE RESPUESTA		CONDICIÓN	DEDUCTIVAS
A)	ENTREGA DE PÓLIZAS.	15	DÍAS HÁBILES	CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA	\$1,000.00 M.N. POR DÍA
A)	DUPLICADO DE PÓLIZAS.	7	DÍAS HÁBILES	CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ACUSE DERECHO DEL REQUERIMIENTO.	\$1,000.00 M.N. POR DÍA
B)	MOVIMIENTOS DE ENDOSOS	15	DÍAS HÁBILES	CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ACUSE DE RECIBO DEL REQUERIMIENTO.	\$1,000.00 M.N. POR DÍA
<b>SINIESTROS</b>					
A)	OBTENCIÓN DEL NÚMERO DE SINIESTRO	1	DÍAS HÁBILES	POSTERIORES AL REPORTE	\$1,000.00 M.N. POR DÍA
B)	ATENCIÓN DE SINIESTROS POR PARTE DEL EJECUTIVO	1	DÍAS HÁBILES	POSTERIORES AL REPORTE	\$1,000.00 M.N. POR DÍA
C)	SOLICITUD DE DOCUMENTOS POR PARTE DE LA ASEGURADORA	7	DÍAS HÁBILES	POSTERIORES A LA REVISIÓN	PERDIDA DEL DERECHO A PEDIR INFORMACIÓN
D)	EN SU CASO, CONVENIO DE INDEMNIZACIÓN	15	DÍAS HÁBILES	UNA VEZ CONCLUIDA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN	\$1,000.00 M.N. POR DÍA
E)	INDEMNIZACIÓN	30	DÍAS NATURALES	UNA VEZ FIRMADO EL CONVENIO DE AJUSTE	INTERÉS SEÑALADO EN EL ARTICULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

**ANEXO 9  
CAPACIDADES Y REQUERIMIENTOS MINIMOS DE SERVICIO RED MÉDICA**

**Fecha de Actualización: DD-MMM-AAAA**

**RED MEDICA**

<b>ATENCIÓN MEDICA HOSPITALARIA Y AMBULATORIA INCLUIDOS O EQUIVALENTES A LOS SIGUIENTES:</b>		
1	CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE, SA. DE C.V.	HERMOSILLO
2	HOSPITAL CIMA HERMOSILLO	HERMOSILLO
3	CENTRO MEDICO SUR SONORA	OBREGON
4	HOSPITAL SAN JOSÉ DE NAVOJOA	OBREGON
5	HOSPITAL DEL SOCORRO DE NOGALES	NOGALES
6	HOSPITAL SAN JOSÉ	HERMOSILLO
7	HOSPITAL DEL SOCORRO DE NOGALES, SA DE CV	NOGALES
8	HOSPITAL PRIVADO SAN JOSÉ DE CIUDAD OBREGÓN	OBREGON
9	CLINICA DE ESPECIALIDADES SANTA FE	CABORCA
10	HOSPITAL SANTA MARGARITA	SAN LUIS RIO COLORADO
11	HOSPITAL SAN JOSE	AGUA PRIETA

PARA EL CASO DE PRESENTARSE UNA EVENTUALIDAD POR CAUSA DE FUERZA MAYOR, POR LA QUE LA ASEGURADORA NO PUEDA CUMPLIR CON EL ESTÁNDAR DE SERVICIO, DEBERÁ REMITIR UN ESCRITO AL ASEGURADO MANIFESTANDO LO ANTERIOR Y ADJUNTANDO LOS ELEMENTOS DE PRUEBA QUE ESTIME PERTINENTES, A EFECTO DE SER EVALUADOS Y DICTAMINAR LA PROCEDENCIA DE SU SOLICITUD. ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER INGRESADA ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO ESTABLECIDO COMO “TIEMPO DE RESPUESTA”.

EN NINGÚN CASO LAS PENAS CONVENCIONALES PODRÁN NEGOCIARSE EN ESPECIE.