

**SUMAS ASEGURADAS:**

MUERTE ACCIDENTAL\*: 80,000 pesos

PERDIDAS ORGANICAS: 80,000 pesos

GASTOS DE SEPELIO: 80,000 pesos

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE\*\*: 40,000 pesos

\*Únicamente mayores de 12 años

\*\*Únicamente menores de 12 años

**CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES**

Para los efectos del presente Contrato, se tendrán los siguientes significados, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

**Accidente:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, siempre y cuando el mismo ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza. No se considerará Accidente a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado. Para efectos de esta Póliza y al tratarse de un seguro de accidentes personales escolar, el Accidente sufrido por el Asegurado deberá ocurrir bajo las circunstancias descritas en la Cláusula SEGUNDA "RIESGOS CUBIERTOS" de las Disposiciones Particulares.

**Asegurados:** Son las personas que aparecen en el registro de Asegurados.

**Compañía y/o Aseguradora:** ABA Seguros, S.A.

**Hospital o Sanatorio:** Institución legalmente autorizada para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las veinticuatro (24) horas del día y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado. No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para personas de edad, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien, un asilo, inclusive si se registra como un hospital o clínica.

**Hospitalización:** Significará la estadía del Asegurado en un Hospital o sanatorio, ya sea por un tratamiento u observación médicamente necesaria a consecuencia de algún accidente.

**Pérdida Orgánica:** Pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien, su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista del ojo que se pierde. La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos. Si en la fecha del accidente, el Asegurado ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta póliza.

**Suma Asegurada:** Cantidad que representa la obligación máxima de la Compañía en caso de ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza.

## **CLÁUSULA SEGUNDA. RIESGOS CUBIERTOS**

**Se cubre exclusivamente la actividad escolar y durante el año escolar** sin incluir vacaciones, a los alumnos que figuran en el registro de Asegurados de un mismo plantel y que representan el 100% de la colectividad. Para efectos de esta Póliza y al tratarse de un seguro de accidentes personales escolar, el Accidente sufrido por el Asegurado deberá ocurrir bajo las siguientes circunstancias:

1. Dentro del edificio o predio de la escuela.
2. Asistiendo o participando en evento organizado, programado, aprobado y supervisado por la autoridad competente de la escuela.
3. Viajando en grupo directamente desde o hasta el lugar donde se efectúen los eventos descritos en el inciso 2 que antecede, dentro de la República Mexicana, en la inteligencia de que durante el viaje, el grupo deberá estar igualmente bajo la supervisión de la referida autoridad.
4. Dirigiéndose directa e ininterrumpidamente desde su domicilio hasta la escuela y viceversa por cualquier medio de transporte, excepto en motocicleta o motoneta.

## **CLÁUSULA TERCERA. COBERTURAS**

### **1. COBERTURAS BÁSICAS**

A los Asegurados mayores de doce (12) años de edad se les otorgará la cobertura básica de Muerte Accidental, mientras que a los Asegurados de entre uno (1) y once (11) años se les otorgará la cobertura básica de Gastos Funerarios por Accidente, en los términos y condiciones que se señalan a continuación:

#### **1.1. Muerte Accidental**

La Compañía pagará al beneficiario designado la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura si ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro. De la Suma Asegurada anterior se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones amparadas por la cobertura de Pérdidas Orgánicas de esta Póliza, cuando dichas pérdidas hayan sido por el mismo Accidente que provocó la muerte del Asegurado. Las edades mínima y máxima de aceptación para este beneficio serán las que se estipulen en la carátula de la póliza, aunque esta cobertura solamente se podrá otorgar a mayores de doce (12) años de edad.

#### **1.2. Gastos Funerarios por Accidente**

La Aseguradora reembolsará, hasta por el máximo señalado en la carátula de la Póliza como pago de este beneficio, los gastos erogados por concepto de servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, siempre y cuando el fallecimiento ocurra durante la vigencia de la Póliza. Para efectos de esta cobertura se entenderá por servicio funerario:

- Servicios de velación;
- Servicios de inhumación o cremación;
- Servicios religiosos;
- Costo de la urna o féretro;
- Costo del nicho o fosa;

Las edades mínima y máxima de contratación de esta cobertura serán de uno (1) y once (11) años, respectivamente, y el límite de Suma Asegurada será la contratada para esta cobertura, siempre que no sea mayor a sesenta (60) veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Área Geográfica Única del país en la fecha del siniestro. En caso de existir remanente entre la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y los gastos funerarios efectuados, el mismo será entregado a los Beneficiarios designados.

#### **2.1. Pérdidas Orgánicas**

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el

Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas enunciadas en la Tabla de Indemnizaciones incluida en este apartado, la Aseguradora pagará el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a una tabla de indemnizaciones.

#### Tabla de Indemnizaciones

Por la pérdida de Indemnización

##### Escala B

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos 100%

Una mano y un pie 100%

Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo 100%

Una mano o un pie. 50%

La vista de un ojo 30%

El pulgar de cualquier mano 15%

El índice de cualquier mano 10%

Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos 30%

Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice 25%

La audición total e irreversible de ambos oídos 25%

El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar 20%

Acortamiento de por lo menos 5 cm, de un miembro inferior 15%

El dedo medio, el anular o el meñique 5%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano, la mutilación o anquilosamiento total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie, el anquilosamiento o la mutilación completa desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos, la mutilación o anquilosamiento desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

#### **RESPONSABILIDAD MÁXIMA EN COBERTURAS POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS**

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriera, en uno o más eventos, varias de las Pérdidas Orgánicas mencionadas en la Tabla de Indemnización incluida en este apartado. Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura serán las que se estipulen en la carátula de la Póliza.

## **2.2. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente**

Si durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, la Compañía reembolsará el monto de los mencionados gastos, previa comprobación, descontando el importe del deducible contratado.

El reembolso de gastos médicos tendrá las limitaciones siguientes:

1. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase, y tratamientos de ortodoncia se cubren hasta el límite del quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada contratada para esta sección.
2. Los gastos de ambulancia o del traslado se cubren hasta un máximo del cinco por ciento (5%) de la Suma Asegurada contratada para esta sección.  
Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura serán las que se estipulen en la carátula de la póliza.

### **Límite de Pago de Siniestros**

La Aseguradora tendrá la obligación de cubrir el pago de los siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma, que para efectos de este seguro será de trescientos sesenta y cinco (365) días terminada la vigencia de la Póliza, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente que haya afectado al asegurado.

### **CLÁUSULA CUARTA. EXCLUSIONES**

***EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE.***

**LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO LA MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA ORGÁNICA O EL ACCIDENTE QUE HAYA OCASIONADO EL GASTO FUNERARIO, SEA A CONSECUENCIA DE LO SIGUIENTE:**

**I. SIDA Y VIH: CUALQUIER PÉRDIDA ORGÁNICA QUE RESULTE O SE RELACIONE, DIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y/O EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TALES COMO LAS RELACIONADAS O DERIVADAS DE:**

**i. CUALQUIER INFECCIÓN QUE INCLUYA ESTADO CERO-POSITIVO, DE CUALQUIER VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).**

**II. SALVO PACTO EN CONTRARIO, ESTA PÓLIZA NO AMPARA MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDA ORGÁNICA, GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE O REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES, CUANDO EL ACCIDENTE QUE DIO LUGAR A LAS MISMAS SE ORIGINEN POR PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES COMO:**

**i. AVIACIÓN PRIVADA, EN CALIDAD DE PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, PASAJERO O MECÁNICO, FUERA DE LAS LÍNEAS COMERCIALES AUTORIZADAS PARA LA TRANSPORTACIÓN REGULAR DE PASAJEROS.**

**ii. PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD, EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**

**iii. CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTONETAS, CUATRIMOTOS, MOTOCICLETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES.**

**iv. PARACAIDISMO, BUCEO, ALPINISMO, CHARRERÍA, ESQUÍ, TAUROMAQUIA O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO, Y EN GENERAL POR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.**

**III. ALCOHOL Y DROGAS: CUALQUIER MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDA ORGÁNICA, GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE O REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CUANDO AL ACCIDENTE QUE DIO LUGAR A LOS MISMOS HAYA SIDO ORIGINADO POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO AL ENCONTRARSE BAJO EL EFECTO DEL ALCOHOL, DROGAS, ENERVANTES O ALUCINÓGENOS, ASÍ COMO DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS POR UN MÉDICO, O BIEN, POR INGERIR SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS O ESTUPEFACIENTES. TAMPOCO SE CUBRIRÁ CUANDO EL ACCIDENTE PROVENGA DE ALGÚN SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA, INCLUYENDO TRATAMIENTO DE CONDICIÓN MÉDICA QUE, EN OPINIÓN DEL CONSULTOR MÉDICO DE LA COMPAÑÍA, ES CONSIDERADO CAUSA SUBYACENTE O DIRECTAMENTE ATRIBUIBLE A UN SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.**

**IV. NUCLEAR: CONTAMINACIÓN NUCLEAR (TODOS LOS CASOS RESULTANTES DE CONTAMINACIÓN NUCLEAR, ES DECIR CUALQUIER EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IÓNICA, CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA,**

**PROCESOS NUCLEARES, MATERIAL MILITAR O DESECHOS RADIOACTIVOS DE CUALQUIER NATURALEZA), O CONTAMINACIÓN QUÍMICA.**

**V. CARRERAS: POR ESTAR INVOLUCRADO, PARTICIPAR O TOMAR PARTE DE CUALQUIER TIPO DE CARRERAS (EXCEPTO CARRERAS A PIE), ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS O BUCEO.**

**VI. INTENTO DE SUICIDIO O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AÚN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.**

**VII. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, ACTOS DE GUERRA, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN. ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES DE CUALQUIER TIPO, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**

**VIII. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.**

#### ***EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS***

**LA ASEGURADORA NO PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA O REEMBOLSARÁ CUANDO LOS GASTOS MÉDICOS SE DERIVEN O SEAN A CONSECUENCIA DE LO SIGUIENTE:**

**1. CUANDO EL PADECIMIENTO QUE ORIGINÓ EL GASTO MÉDICO NO SEA A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE.**

**2. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES.**

**3. SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL COMPLEJO SINTOMÁTICO RELACIONADO CON EL SIDA (CRS), Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR Y/O RELACIONADAS AL VIRUS VIH POSITIVO.**

**4. TRATAMIENTOS QUIROPRÁCTICOS O DE ACUPUNTURA**

**5. CURAS DE REPOSO O EXÁMENES MÉDICOS GENERALES PARA COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE CHECK-UP.**

**6. TRATAMIENTOS ORIGINADOS POR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y EL APRENDIZAJE ASÍ COMO POR ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, HISTERIA, NEUROSIS, PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS; ASÍ COMO CUALQUIER TRATAMIENTO PSÍQUICO, PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA QUE LOS ORIGINE.**

**7. TRATAMIENTOS DE CALVICIE, OBESIDAD O ESTERILIDAD, ASÍ COMO**

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS O MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD Y SUS COMPLICACIONES.**

**8. TRATAMIENTOS QUE RESULTEN DE ALCOHOLISMO O TOXICOMANÍA.**

**9. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE MIOPIA, ASTIGMATISMO, ESTRABISMO, U OTROS SIMILARES.**

**10. TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO PARA CORREGIR XIFOSIS, LORDOSIS O ESCOLEOSIS, EXCEPTO SI SON A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.**

**11. GASTOS REALIZADOS POR ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SALVO EL GASTO DE CAMA EXTRA PARA UN ACOMPAÑANTE.**

**12. TRATAMIENTO MÉDICO DEL ASEGURADO POR PADECIMIENTOS RESULTANTES DE RADIACIONES ATÓMICAS Y NUCLEARES O DERIVADOS DE ÉSTAS.**

**13. EL COSTO POR REPOSICIÓN DE APARATOS ORTOPÉDICOS Y DE PRÓTESIS.**

**14. LESIONES AUTO INFLINGIDAS, AÚN CUANDO SEAN COMETIDAS EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.** (Variedad de daños provocados a uno mismo de forma intencional sin que al mismo tiempo exista un deseo de morir a causa de las heridas provocadas hacia uno mismo)

**15. LESIONES OCASIONADAS EN RIÑA CUANDO EL ASEGURADO LA HAYA PROVOCADO.**

**16. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE PRESTAR SERVICIO MILITAR O DE PARTICIPAR EN ACTOS DE GUERRA, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN.**

**17. LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO AL VIAJAR COMO PASAJERO, MECÁNICO, O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.**

**18. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN EN EL SEGURO.**

**19. TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO, SALVO AQUELLAS QUE SEAN INDISPENSABLES COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.**



**20. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS, YA SEAN DENTALES, GINGIVALES Y ALVEOLARES, SALVO AQUELLOS QUE SEAN INDISPENSABLES COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y QUE ORIGINEN LESIONES EN DIENTES NATURALES.**

**21. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN Y/O NATURALEZA, EXCEPTO CUANDO SE DEMUESTRE QUE FUE ACCIDENTAL.**

El presente documento es un resumen de su original para el conocimiento de los padres del mismo.

Como nota adicional en relación a la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente, diremos que tenemos convenidos los hospitales:

SAN RAFAEL  
REAL SAN FELIPE  
PUERTA DE HIERRO

Para la atención con pago directo.

En caso de realizar la indemnización por la opción de reembolso, se les informara en administración los documentos que se requieran.

Así como doy mis datos para cualquier duda o comentario:

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ QUINTANILLA  
TEL: 311- 22038 26  
CORREO: [gonzalezquintanilla@hotmail.com](mailto:gonzalezquintanilla@hotmail.com)  
AGENTE DE SEGUROS.