



CONDICIONES GENERALES


Viaje Protegido

MetLife®

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.

 Blvd. Manuel Ávila Camacho No 32, Piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.

 5249 3100

 www.alicomexico.com.mx

Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®

CONTRATO DE SEGURO

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES VIAJE PROTEGIDO

CONDICIONES GENERALES

ALICO MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S. A. DE C. V., en adelante la COMPAÑÍA, emite la presente Póliza sobre la vida del ASEGURADO, basándose en las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO de la Póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro, son las siguientes:

DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

- **Accidente.** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualesquier otro evento no accidental que sufra el ASEGURADO.
- **Asegurado(s).** Es la persona que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en el certificado respectivo.
- **Aseguradora y/o COMPAÑÍA.** Es ALICO MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S. A. DE C. V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.
- **Aviso de Viaje.** Tendrá el significado estipulado en la cláusula relativa a los Avisos de Viaje de esta Póliza.
- **Beneficiario.** Es la persona o las personas designadas en la Póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento de acuerdo al presente Contrato, aunque siempre debe existir un interés asegurable.
- **Beneficio.** Es el monto en dinero que será pagado bajo esta Póliza a los Beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.
- **Beneficios Adicionales.** Se refiere a la o las coberturas adicionales contratadas para el ASEGURADO y que forman parte del Contrato.

- **Colectividad Asegurada.** Cualquier conjunto de por lo menos cinco (5) personas, que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.
- **Contratante.** Es la persona física o moral, que suscribe con la Aseguradora una póliza de seguro. Es responsable ante la COMPAÑÍA de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia de seguro.
- **Deducible.** Cantidad a pagar a cargo del ASEGURADO que se debe cubrir en cada siniestro procedente.
- **Endoso.** Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
- **Exclusiones.** Es todo hecho, situación o condición no cubierto por la Póliza contratada, y que se encuentran expresamente indicadas en la cláusula respectiva.
- **Fecha de Inicio de Vigencia.** Es la fecha que aparece en la carátula de la Póliza a como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de las coberturas contratadas.
- **Gasto Usual y Acostumbrado (GUA).** Se entenderá como gasto usual y acostumbrado, el costo máximo admisible para un tratamiento o procedimiento médico. El GUA será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, al hospital y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.
- **Ley.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Póliza y/o Contrato.** Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la carta de aceptación, los Certificados-Avisos de Viaje respectivos, los consentimientos, Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.
- **Padecimientos Preexistentes.**

1. Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.

b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del ASEGURADO bajo la Póliza.

c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

2. La COMPAÑÍA sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando La COMPAÑÍA cuente con pruebas documentales de que el ASEGURADO haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al ASEGURADO el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del Contrato, el ASEGURADO haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, La COMPAÑÍA, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al ASEGURADO que se someta a un examen médico.

Al ASEGURADO que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

4. En el caso de que el ASEGURADO manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, La COMPAÑÍA podrá aceptar el riesgo declarado.

5. El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de La COMPAÑÍA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La COMPAÑÍA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por La COMPAÑÍA.

- **RSGyC.** Se refiere al Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
- **Reinstalación Automática.** Beneficio que otorga la COMPAÑÍA en donde la Suma Asegurada se reinstalará automáticamente, para cubrir nuevos Accidentes. En ningún caso se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada, para un mismo Accidente.
- **Seguro Colectivo.** Conforme a lo dispuesto por el artículo 2 del RSGyC, es el contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un grupo o colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades prevista en los artículos 7 fracción II y 8 fracciones III, IV y V de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- **Suma Asegurada.** Es la cantidad máxima que está obligada a pagar la COMPAÑÍA, en caso de que proceda el pago por la realización un siniestro.
- **Terrorismo.** Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del Estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.
- **Viaje.** Será la estancia en el destino que señale el CONTRATANTE, a dónde vayan a trasladarse el o los ASEGURADO(S), el cual debe indicarse en el Aviso de Viaje respectivo.
- **Vigencia.** Es la duración de la Póliza estipulada en la carátula de la Póliza.

NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

El CONTRATANTE y los ASEGURADOS están obligados a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la emisión de la Póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (Artículos 8 y 47 de la Ley). La COMPAÑÍA comunicará en forma auténtica al CONTRATANTE y/o ASEGURADOS la rescisión de la Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la COMPAÑÍA conozca la omisión o inexacta declaración.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, en las disposiciones contenidas en la Ley.

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante cláusulas o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deben estar firmados por el funcionario autorizado de la COMPAÑÍA, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

- a) Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
- b) La carátula de la Póliza
- c) Los Certificados-Avisos de Viaje
- d) El Registro de Asegurados
- e) Las condiciones generales
- f) La solicitud maestra
- g) Los comunicados

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia, de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

1. COBERTURAS

1.1 BÁSICA. MUERTE ACCIDENTAL

La COMPAÑÍA pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en la carátula de la Póliza, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce como consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido, dentro de la cobertura de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes, después de ocurrido el Accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA, que la muerte superveniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. La COMPAÑÍA cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar del Accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Si el ASEGURADO falleciera como consecuencia de algún Accidente, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta Póliza, el importe total que hubiere ya pagado al ASEGURADO, por el mismo Accidente bajo la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

La póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

1.2. OPCIONALES

1.2.1. Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, cuando un Accidente provoque la muerte directa e inmediata del ASEGURADO, si éste hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros mediante el pago del respectivo pasaje.

1.2.2. Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la Carátula de la Póliza, cuando un Accidente provoque la muerte directa e inmediata del ASEGURADO, si éste hubiera estado viajando en la condición de pasajero en cualquier tipo de transporte aéreo operado por empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, en vuelo regular con itinerario preestablecido, entre aeropuertos debidamente autorizados y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

1.2.3. Pérdidas Orgánicas

Si durante la Vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas que enseguida se enumeran, la COMPAÑÍA pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta cobertura.

Por la pérdida de:	Indemnización	
	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	---	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	---	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	---	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	---	25%
La audición total e irreversible en 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 o el anular o el meñique	---	6%
Cualquier dedo del pie	---	6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

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

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre uno (1) y doce (12) años de edad.

1.2.4. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si durante la Vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto, el ASEGURADO se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, o hacer uso de ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete hasta el Gasto Usual y Acostumbrado; la COMPAÑÍA reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de las mencionadas asistencias, previa comprobación. Esta cobertura estará sujeta a la aplicación del Deducible por evento estipulado en la carátula de la Póliza.

La cobertura para cada Accidente cubierto, finalizará automáticamente al término de ciento ochenta (180) días desde la fecha del Accidente, o al agotarse la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza. La Reinstalación Automática del Beneficio máximo quedará incluida.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre uno (1) y doce (12) años de edad.

1.2.5. Indemnización Diaria por Hospitalización

La COMPAÑÍA pagará la indemnización diaria por hospitalización al ASEGURADO, si es internado por un período mínimo de doce (12) horas en un hospital, a causa de Accidente o enfermedad que sufra durante la cobertura de la Póliza, limitándose a un período máximo de ciento ochenta días (180) días por evento.

El período máximo de cobertura será de doce (12) meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización. No obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, como consecuencia de un mismo Accidente o enfermedad, éstas serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el período máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

Se tendrá una doble indemnización para eventos críticos. Esta doble indemnización tendrá un período máximo por evento, de dos semanas continuas. Una vez terminadas las dos semanas, la indemnización será conforme a lo estipulado en la carátula de la Póliza. Se considerarán eventos críticos los siguientes: hospitalización a causa de Accidentes en el extranjero, hospitalización simultánea del ASEGURADO y su cónyuge; hospitalización en unidad de terapia intensiva.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre uno (1) y doce (12) años de edad.

1.2.6. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente

Si durante la Vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza, a las personas designadas conforme a la cláusula de beneficiarios, para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el Beneficiario.

En el caso de que el ASEGURADO sea menor de doce (12) años, la COMPAÑÍA responderá hasta por un máximo de 2700 días de Salario Mínimo General vigente en el Distrito Federal, como reembolso de gastos funerarios por Accidente.

2. VIGENCIA DE LA POLIZA

Al inicio de la Vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE contará con un determinado número de días de cobertura, los cuales corresponderán al plan contratado con la COMPAÑÍA, de acuerdo a las necesidades del CONTRATANTE, tal y como aparece en la solicitud maestra.

El CONTRATANTE podrá disponer de los días contratados como mejor le convenga, durante un año, a partir de la fecha de inicio de la Vigencia señalada en la carátula de la Póliza. Las coberturas previstas en esta Póliza adquieren fuerza legal desde las cero horas del día indicado como fecha de inicio de Viaje en el Aviso de Viaje y el ASEGURADO dejará de estar cubierto a las 24:00 horas de la fecha en la que concluya el Viaje de acuerdo al Aviso de Viaje respectivo.

3. AVISOS DE VIAJE

Es requisito esencial para activar la cobertura de esta Póliza, que el CONTRATANTE dé aviso a la COMPAÑÍA con veinticuatro (24) horas de antelación, a la realización de cualquier Viaje. Los medios para hacer los Avisos de Viaje serán fax, correo electrónico y la página de internet de la COMPAÑÍA (<http://www.viajeprotegido.com.mx>), debiendo obtener en todos los casos la confirmación de la COMPAÑÍA, de la recepción de dicha información.

Los datos mínimos que deberán contener los Avisos de Viaje son:

- Nombre del ASEGURADO
- Fecha de nacimiento del ASEGURADO
- CURP ó RFC del ASEGURADO
- Fecha de salida y fecha de regreso
- Tipo de Viaje (negocios o placer)

- Destino
- Designación de Beneficiarios de acuerdo a lo establecido para tal efecto en esta Póliza

El ASEGURADO ratifica que fue informado por el CONTRATANTE de los Beneficios que integran el plan de seguro contratado, la Suma Asegurada, la Prima correspondiente, el plazo de seguro, las fechas de inicio y término de Vigencia, y que se hizo de su conocimiento que los Beneficios se encuentran limitados por las exclusiones señaladas en las presentes condiciones generales.

Asimismo, se hace del conocimiento del ASEGURADO, que el medio en el que conste toda declaración, dependiendo de la forma de contratación empleada, estará disponible para su ulterior consulta, en las oficinas de la COMPAÑÍA.

Para protección y mejor identificación de la identidad de cada uno de los ASEGURADOS, éstos deberán contar con un nombre de usuario y contraseña únicos e intransferibles.

4. REGISTRO DE ASEGURADOS Y ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

La COMPAÑÍA formará un Registro de Asegurados, el cual deberá contener la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad;
- b) Suma asegurada o regla para determinarla;
- c) Fecha de inicio y término del Viaje para cada ASEGURADO;
- d) Fecha de Vigencia del seguro para el ASEGURADO en cuestión;
- e) Operación y plan de seguro de que se trate;
- f) Número de Certificado-Aviso de Viaje; y
- g) Coberturas amparadas.

La administración de la Póliza estará a cargo de la COMPAÑÍA, quien realizará dicha administración con la información que el CONTRATANTE ingrese en el portal o cualquier medio que para tal efecto ponga a su disposición la COMPAÑÍA. En virtud de ello, el CONTRATANTE es responsable de que toda la veracidad de la información que proporcione a la COMPAÑÍA.

5. MODIFICACIONES

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el ASEGURADO podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días (30) que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. (Artículo 25 de la Ley).

La Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, y se harán constar mediante Endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley.

En consecuencia, los agentes de seguro o cualquier otra persona no autorizada por la COMPAÑÍA, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

6. MONEDA

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en la presente Póliza, en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

7. PRIMA

La prima es el valor determinado por la COMPAÑÍA como contraprestación de la Póliza contratada. La primera prima de cada vigencia vence en la fecha indicada en el recibo de pago de la Póliza.

En caso de reclamación, la COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización debida, el total de la prima pendiente de pago o de la fracción de ésta no liquidada, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período del seguro contratado.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de la COMPAÑÍA o en las instituciones bancarias autorizadas, que aparecen en los recibos de pago, que se harán llegar al domicilio del CONTRATANTE, en caso de que por causas imputables a la COMPAÑÍA, el CONTRATANTE no reciba oportunamente el recibo para el pago de la prima, la ficha de depósito o el comprobante que la institución bancaria otorgue al CONTRATANTE al momento de efectuar el pago, harán prueba plena del mismo, en tanto la COMPAÑÍA no expida el recibo correspondiente, quedando bajo responsabilidad de la COMPAÑÍA informar al CONTRATANTE en que instituciones bancarias puede efectuar el pago de las primas.

En caso de que el CONTRATANTE desee efectuar los pagos correspondientes, a través de una tarjeta de crédito o débito, deberá autorizar a la COMPAÑÍA para que ésta efectúe los cargos respectivos, previo consentimiento que conste por escrito. El estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que el mismo no pueda realizarse por causas imputables al CONTRATANTE, el seguro cesará en sus efectos.

La COMPAÑÍA podrá reconocer la prima correspondiente a los días no utilizados durante el período de Vigencia de la Póliza, siendo aplicables a la siguiente renovación. En caso de cancelación de la Póliza, se podrá reconocer hasta un 90% de la prima de cancelación.

8. PERÍODO DE GRACIA

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo.

Durante el Período de Gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si un ASEGURADO sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta Póliza, la COMPAÑÍA deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

9. ALTAS

Las personas que vayan a ser designadas como ASEGURADOS en esta Póliza, quedarán aseguradas, siempre que reúnan los requisitos siguientes:

- a. Que el ASEGURADO se encuentre en servicio activo, desempeñando su trabajo habitual. Bajo esta Póliza, previa autorización del CONTRATANTE, se podrá otorgar cobertura al cónyuge y/o dependientes económicos hasta el primer grado de consanguinidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad de esta Póliza.
- b. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a los miembros de la Colectividad Asegurada, contará con un plazo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (Artículo 17 RSGyC).

10. EDAD

Para efectos de esta Póliza, se considerará como edad, el número de años alcanzado por el ASEGURADO en la fecha de alta de éste en la Póliza y sus subsecuentes contrataciones. Al momento del alta del ASEGURADO en la Póliza, mediante el Certificado-Aviso de Viaje respectivo, el ASEGURADO deberá tener entre doce (12) y sesenta y cuatro (64) años, siendo posibles las renovaciones hasta la edad de setenta y nueve (79) años para las coberturas de Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas y Reembolso de Gastos Funerarios, para las demás coberturas será hasta sesenta y nueve (69) años.

Las coberturas de Pérdidas Orgánicas, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Reembolso de Gastos Funerarios e Indemnización Diaria por Hospitalización, también son aplicables para ASEGURADOS que tengan entre uno (1) y doce (12) años de edad.

Para efectos de los hijos Dependientes del ASEGURADO, la edad máxima de cobertura bajo la presente Póliza será hasta los veinticinco (25) años, mientras que para el cónyuge dependiente del ASEGURADO aplicarán las mismas reglas que para este último.

Si se comprobase que el ASEGURADO tenía una edad mayor a la edad de aceptación, en la fecha en que se haga el Aviso de Viaje, éste quedará sin efecto, debiendo la COMPAÑÍA devolver al CONTRATANTE el valor de la reserva matemática.

Si la edad del ASEGURADO estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la

proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

b) Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.

c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del ASEGURADO en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

d) Sin con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 161 de la Ley).

11. OCUPACIÓN DEL ASEGURADO

Esta Póliza ha sido diseñada para proteger a las personas que tienen que realizar algún viaje de negocios o de placer por un tiempo máximo de tres (3) meses. En el caso de viaje de negocios, las actividades a realizar deberán ser administrativas o de supervisión, sin efectuar trabajos manuales, salvo autorización expresa de la COMPAÑÍA, aplicando la tarifa correspondiente.

Si el ASEGURADO desempeñare actividades distintas a las especificadas anteriormente y sufriende un Accidente al ejecutar actos propios de ella, solamente se pagará la cantidad correspondiente a la ocupación real, determinada de acuerdo con la tarifa. Si la nueva ocupación no fuere asegurable, la COMPAÑÍA queda facultada para rescindir esta Póliza y devolver la parte no devengada de la prima.

12. TERRITORIALIDAD

El presente contrato aplicará en cualquier parte del mundo, con excepción de los siguientes territorios:

Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere directa o indirectamente por un viaje a, en o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Sudán o Siria.

13. RENOVACIÓN

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros Colectivos cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del RSGyC en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas (Artículo 21 RSGyC).

14. AVISO DE SINIESTRO

Se deberá avisar por escrito a la COMPAÑÍA de la ocurrencia de cualquier riesgo amparado por esta Póliza, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

Asimismo, deberán suministrar a la COMPAÑÍA toda la documentación requerida, y las pruebas necesarias para la comprobación del Accidente o enfermedad y la forma en que se produjo. Para la cobertura de pérdidas orgánicas, se deberán suministrar dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación, las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

En caso de reembolso de gastos médicos o indemnización diaria por hospitalización se deberán proporcionar a la COMPAÑÍA pruebas fehacientes que comprueben tal situación, así como toda la documentación requerida.

15. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

Se perderá todo derecho al Beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

16. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El ASEGURADO tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a lo establecido en la presente Cláusula. El ASEGURADO podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un Beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se harán en forma expresa y por escrito, al completar el Certificado-Aviso de Viaje, ya sea vía internet, fax o correo electrónico, y será válida aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del fallecimiento del ASEGURADO. Sin embargo, la COMPAÑÍA quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

En caso que la designación de Beneficiario(s) se efectúe a través de internet o correo electrónico, el ASEGURADO deberá imprimir una versión en papel de dicha designación, firmarlo y enviarle el original de dicho documento a la ASEGURADORA.

La COMPAÑÍA en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

17. PAGO DE INDEMNIZACIONES

En caso de ser procedentes las reclamaciones, las indemnizaciones que resulten conforme a esta Póliza, serán liquidadas en el domicilio de la COMPAÑÍA en el curso de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Los límites establecidos en esta Póliza para el pago de los Beneficios, se aplicarán por cada Accidente, siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí, a excepción de lo estipulado en el apartado referente al Beneficio de Pérdidas Orgánicas por Accidente.

Cuando se trate de un mismo Accidente, las recaídas o complicaciones ocasionadas por el mismo, o por otro que se relacionen con éste, la obligación de la COMPAÑÍA no excederá de las cantidades máximas que resulten de la aplicación de las reglas fijadas en esta Póliza.

18. PAGO DE SUMA ASEGURADA

Si con posterioridad a la realización de un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la COMPAÑÍA, por propio derecho o a solicitud del CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado respectivo. En uno y en otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

19. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre el fallecimiento o lesiones del ASEGURADO, que se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente a consecuencia de:

- a) Guerra declarada o no, civil o internacional. Asimismo, la prestación de servicios del ASEGURADO en las Fuerzas Armadas o Fuerzas Policiales de cualquier tipo.**
- b) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte. Terrorismo, guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga o tumulto popular, siempre y cuando el ASEGURADO participe directamente con la intención de realizar dichos actos.**
- c) Cuando el Beneficiario resulte responsable de cualquier acto que atente contra la vida del ASEGURADO.**
- d) Cuando el ASEGURADO sea víctima de Terrorismo.**

e) Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.

f) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia.

g) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia.

h) La participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: Que este viajando como pasajero en un avión comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

j) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos y similares que causen la muerte del ASEGURADO y/o pérdidas orgánicas.

k) Riesgos nucleares o atómicos.

l) Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

m) Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza física, salvo por lo establecido en el inciso 1.2.5.

n) Consecuencia de enfermedades mentales y/o nerviosas.

o) Complicaciones directas o indirectas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

p) Anomalías congénitas o trastornos que sobrevengan por tales anomalías o relacionadas con ellas.

- q) Lesiones por envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fue a consecuencia de un Accidente.
- r) Todo tipo de infecciones, a excepción de aquellas que sean consecuencia directa de un Accidente.
- s) Todo tipo de hernias y sus consecuencias, sin importar su causa.
- t) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades cubiertas por esta Póliza.
- u) Padecimientos preexistentes a la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- v) Exámenes médicos de rutina.
- w) Cirugías plásticas estéticas, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran como consecuencia de un Accidente.
- x) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad.
- y) Tratamiento o cirugía dental, excepto a dientes naturales sanos, ocasionados por una lesión accidental.
- z) Pie diabético.
- aa) De conformidad con el Artículo 78 de la Ley también quedan excluidos los Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO.
- bb) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

20. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La COMPAÑÍA cubrirá los Accidentes que afecten al ASEGURADO, como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos, excluidos en la cláusula precedente, incisos f) e i), cuando éstos hayan sido declarados por el ASEGURADO y aceptados por la COMPAÑÍA con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en el Endoso de la Póliza.

21. IDENTIFICACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Por medio de la presente Póliza, y con relación a las Disposiciones a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el CONTRATANTE reconoce que tiene

y mantendrá vigentes y disponibles para la COMPAÑÍA expedientes que contengan los siguientes datos de identificación de ASEGURADOS en esta Póliza:

- a) Identificación personal que deberá ser en todo caso un documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, en donde aparezca fotografía, domicilio y firma del portador;
- b) Comprobante de domicilio;
- c) De contarse con ella, Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP), expedida por la Secretaría de Gobernación;
- d) De contar con ella, Cédula de Identificación Fiscal (RFC).
- e) Empleados de nacionalidad diversa a la mexicana, el documento mediante el cual se acredite su legal estancia en el país.

El CONTRATANTE se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el expediente que ésta le solicite por escrito en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de la solicitud.

22. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

23. DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta Póliza, es el de la COMPAÑÍA y los últimos declarados por el CONTRATANTE y el ASEGURADO según sea el caso.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la COMPAÑÍA llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al ASEGURADO la nueva dirección en la República, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la COMPAÑÍA y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la COMPAÑÍA deba hacer al ASEGURADO o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la COMPAÑÍA.

24. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación por escrito de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

25. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la COMPAÑÍA, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

26. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del CONTRATANTE, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la legislación aplicable los declare expresamente a cargo exclusivo de la COMPAÑÍA.

27. COMISIONES O COMPENSACIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La COMPAÑÍA proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

28. SERVICIOS DE ASISTENCIA

La COMPAÑÍA por medio de los siguientes proveedores podrá ofrecer los servicios de asistencia que a continuación se describen.

En caso de que la COMPAÑÍA considere pertinente modificar el proveedor del servicio de asistencia se les hará del conocimiento de los ASEGURADOS por medio de la página Web www.alicomexico.com.mx, así como a través del portal de administración de días de viaje www.viajeprotegido.com.mx.

I. DISPOSICIONES PREVIAS.

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en las presentes Condiciones Generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1.1 DEFINICIONES.

- 1. Certificado / Aviso de viaje:** Todo Certificado / Aviso de viaje, válido y con cobertura vigente, correspondiente a esta Póliza emitida por ALICO MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S. A. DE C. V., en los Estados Unidos Mexicanos.
- 2. \$U.S. Dólares:** La moneda de curso legal en los Estados Unidos de América.
- 3. Enfermedad:** Cualquier alteración en la salud del Beneficiario que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje del Beneficiario y durante la vigencia de este contrato.
- 4. Equipo Médico de AXA ASSISTANCE:** El personal médico y asistencial apropiado, que esté gestionando los Servicios de Asistencia, por parte de AXA ASSISTANCE a un Beneficiario.
- 5. Familia:** Cuando se mencione el término "Familia" se referirá exclusivamente al cónyuge e hijos menores de 24 años que vivan con, y dependan económicamente del Titular de la Póliza y/o Certificado.
- 6. Familia en 1er Grado:** Padre, madre, cónyuge e hijos de un Beneficiario.
- 7. Fecha de Inicio:** Será la fecha de inicio de vigencia del viaje de los Beneficiarios, fecha en que AXA ASSISTANCE empezará a gestionar los Servicios de Asistencia a los Beneficiarios.
- 8. País de Residencia:** Los Estados Unidos Mexicanos.
- 9. Programa de Asistencia:** Conjunto de beneficios o Servicios de Asistencia "ALICO ASISTENCIA EN VIAJES", descritos en estas Condiciones Generales.
- 10. Representante:** Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- 11. Residencia Permanente:** El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Beneficiario que conste en la Póliza de Accidentes Personales y/o Certificado / Aviso de viaje o cualquier otro que sea probado por medios razonables.
- 12. Servicios de Asistencia:** Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA ASSISTANCE a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia de un Beneficiario.

13. Situación de Asistencia: Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

14. Titular de la Póliza y/o Certificado: La persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza de Accidentes Personales y/o Certificado / Aviso de Viaje de Accidentes Personales.

II. SERVICIOS DE ASISTENCIA EXCLUSIVOS EN EL EXTRANJERO. Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados exclusivamente en el extranjero, a partir de una distancia de "50 kilómetros" del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario, en viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.

2.1 GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN. En caso de que un Beneficiario sufra un Accidente o repentina Enfermedad durante un viaje y durante el periodo de vigencia de este contrato, **AXA ASSISTANCE** gestionará los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares por viaje.

Quedan excluidos costos de prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas "check up" o rutinarias, gastos médicos y de hospitalización realizados fuera del País de Residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

2.2 GASTOS DENTALES. En el caso de que un Beneficiario sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, **AXA ASSISTANCE** gestionará los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$100.00 U.S. Dólares por viaje.

2.3 ENVIÓ DE MEDICAMENTOS, NO EXISTENTES EN UN PAÍS. Si durante un viaje y a consecuencia de un Accidente o Enfermedad del Beneficiario, el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** de acuerdo con el médico tratante determinan la necesidad de utilizar un medicamento no existente localmente, **AXA ASSISTANCE** gestionará el envío de una cantidad suficiente del medicamento al lugar donde se encuentre el Beneficiario, con un máximo de \$500.00 U.S. Dólares por viaje.

III. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN MÉXICO Y EN EL EXTRANJERO.

Los siguientes Servicios de Asistencia, se proporcionarán en todo el mundo, a partir de una distancia de "50 kilómetros" del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario, excepto para los residentes del D.F. y área metropolitana conurbana, en cuyo caso la distancia será de "80 kilómetros", contados a partir del Zócalo, en viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.

3.1 REPATRIACIÓN O TRASLADO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN 1º GRADO ACOMPAÑANTES. Si el Beneficiario es trasladado, repatriado o arrestado a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o fallecimiento y las circunstancias impidan el regreso al domicilio de los miembros de la Familia en 1º Grado acompañantes por los medios originalmente previstos, **AXA ASSISTANCE** gestionará el traslado hasta donde el Beneficiario haya sido trasladado o a su ciudad de Residencia Permanente, si estos arreglos no estaban cubiertos por sus boletos originales de regreso. Sí los miembros de la Familia en 1º Grado que acompañan al Beneficiario, fueran menores de 15 (quince) años y no hubiera una persona calificada y competente para acompañarlos, **AXA ASSISTANCE**

gestionará los servicios de una persona calificada para acompañarlos hasta su ciudad de Residencia Permanente.

3.2 TRASLADO MÉDICO. En caso de que un Beneficiario sufra una Enfermedad o Accidente tales que el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE**, en contacto con el médico que atienda al Beneficiario, recomienden su hospitalización, **AXA ASSISTANCE** gestionará:

- El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- Si fuera necesario por razones médicas:
 - a) El traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia terrestre) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.
 - b) Si las condiciones médicas permiten el traslado del Beneficiario, el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** organizará el traslado bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al hospital o centro médico más cercano a su ciudad de Residencia Permanente. El Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** y el médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado.

3.3 BOLETO REDONDO PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOSPEDAJE. En caso de hospitalización del Beneficiario por causa de Accidente o Enfermedad y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, **AXA ASSISTANCE** gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de que acuda a su lado, además **AXA ASSISTANCE** gestionará el hospedaje de la persona designada:

- En el extranjero hasta un máximo de \$100.00 U.S. Dólares, por día, durante 10 (diez) días naturales consecutivos por viaje.
- En la República Mexicana hasta un máximo de \$1,000.00 Pesos MN., por día, durante 10 (diez) días naturales consecutivos por viaje.

3.4 GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA. **AXA ASSISTANCE** gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE**.

- En el extranjero hasta un máximo de \$100.00 U.S. Dólares, por día, durante 10 (diez) días naturales consecutivos por viaje.
- En la República Mexicana hasta un máximo de \$1,000.00 Pesos MN., por día, durante 10 (diez) días naturales consecutivos por viaje.

3.5 REPATRIACIÓN O TRASLADO A DOMICILIO. Si el Beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE**, no puede regresar a su

Residencia Permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, **AXA ASSISTANCE** gestionará su repatriación o traslado por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Beneficiario, si el que éste tuviera no fuese válido.

3.6 REPATRIACIÓN O TRASLADO EN CASO DE FALLECIMIENTO / ENTIERRO LOCAL. En caso de fallecimiento del Beneficiario **AXA ASSISTANCE** gestionará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) La repatriación o traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario; o,
- b) A petición de los herederos o Representantes del Beneficiario, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. **AXA ASSISTANCE** se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de repatriación o traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

3.7 REGRESO ANTICIPADO AL DOMICILIO. **AXA ASSISTANCE** gestionará los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Beneficiario, por avión de línea regular (Clase Económica), en caso de fallecimiento de algún miembro de la Familia en 1º Grado, en la ciudad de Residencia Permanente, siempre que el Beneficiario no pueda utilizar su boleto original para el regreso.

3.8 REFERENCIA DENTAL. Cuando un Beneficiario necesite asistencia dental, el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE**, aconsejará al Beneficiario sobre cuáles son las medidas que se deban tomar. El Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario y a cargo del mismo, le concertará una cita con un dentista. **AXA ASSISTANCE** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos dentistas.

3.9 TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA ASISTENCIA MÉDICA. En caso de Accidente o Enfermedad **AXA ASSISTANCE**, transferirá fondos al Beneficiario para el pago de la asistencia médica.

- En el extranjero desde \$300.00 U.S. Dólares y hasta un máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares por viaje.
- En México desde \$3,000.00 Pesos MN y hasta un máximo de \$50,000.00 Pesos MN por viaje.

Previamente al desembolso de cualquier avance de pagos por **AXA ASSISTANCE**, el Beneficiario o su Representante deberán, transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación de **AXA ASSISTANCE**,

3.10 REFERENCIA DE ABOGADOS PARA LA DEFENSA JURÍDICA. A solicitud del Beneficiario, en caso de una Situación de Asistencia que provoque su detención por parte de una autoridad, **AXA ASSISTANCE** gestionará la asignación de un abogado, para atender la defensa del Beneficiario ante cualquier proceso civil o penal en su contra. **AXA ASSISTANCE** no será responsable ante el Beneficiario respecto a los servicios prestados por dicho abogado.

El costo de dicho abogado, será pagado por el Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éstos, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al

Beneficiario. Los costos ocasionados por fianzas, cauciones y/o multas de cualquier clase, también serán por cuenta del Beneficiario.

Este beneficio no aplica, si el problema es debido a la actividad profesional del Beneficiario o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes no prescritos por un médico, su consumo o por encontrarse bajo los influjos del alcohol, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

3.11 TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA ASISTENCIA LEGAL. En caso de Accidente **AXA ASSISTANCE** transferirá fondos al Beneficiario, para el pago de la Asistencia Legal.

- En el extranjero desde \$300.00 U.S. Dólares y hasta un máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares en conjunto por viaje.
- En México desde \$3,000.00 Pesos MN y hasta un máximo de \$50,000.00 Pesos MN en conjunto por viaje.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte de **AXA ASSISTANCE**, el Representante del Beneficiario deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación de **AXA ASSISTANCE**.

3.12 BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y OBJETOS PERSONALES. En el caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del Beneficiario, **AXA ASSISTANCE** le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda, si los objetos fuesen recuperados, **AXA ASSISTANCE** gestionará el envío hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario o hasta su Residencia Permanente.

3.13 ASISTENCIA ADMINISTRATIVA. En caso de robo o pérdida de pasaporte, visa y boletos de avión, **AXA ASSISTANCE** proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

3.14 TRANSMISIÓN DE MENSAJES. **AXA ASSISTANCE** se encargará de transmitir a petición del Beneficiario, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una Situación de Asistencia.

IV. SERVICIO DE ASISTENCIA EXCLUSIVO EN MÉXICO. El siguiente Servicio de Asistencia, se proporcionará en la República Mexicana, a partir de una distancia de "50 kilómetros" del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario, excepto para los residentes del D.F. y área metropolitana conurbana, en cuyo caso la distancia será de "80 kilómetros", contados a partir del Zócalo en viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.

4.1 REFERENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA. Cuando un Beneficiario necesite Asistencia Médica, el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE**, aconsejará al Beneficiario sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

El Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- a) Por una visita personal de un médico.
- b) Concertando una cita con un médico.

- c) En un centro hospitalario que será pagado por el Beneficiario.

AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas.

V. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO.

5.1 SOLICITUD DE ASISTENCIA. En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de **AXA ASSISTANCE**, facilitando los datos siguientes:

- a. Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde **AXA ASSISTANCE** podrá contactar con el Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b. Su nombre y su número de Póliza de Accidentes Personales y/o Certificado / Aviso de Viaje.
- c. Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE**, tendrá libre acceso al Beneficiario (su historia clínica) para conocer su situación y si tal acceso les es negado **AXA ASSISTANCE** no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

5.2 IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN A AXA ASSISTANCE. Los servicios a que se refieren estas Condiciones Generales, configuran la única obligación a cargo de **AXA ASSISTANCE**, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas Condiciones Generales, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, **AXA ASSISTANCE** y de acuerdo al inciso 5.2(b), podrá rembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de hospitalización. En ningún otro supuesto habrá lugar a reembolso.

a) En caso de peligro de la vida.

En situación de peligro de muerte, el Beneficiario o su Representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el Accidente o Enfermedad con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán (máximo 10 días) con la central de alarma de **AXA ASSISTANCE** para notificar la situación.

b) Hospitalización sin previa notificación a AXA ASSISTANCE.

En caso de Accidente o Enfermedad que origine la hospitalización del Beneficiario sin previa notificación a **AXA ASSISTANCE**, el Beneficiario o su Representante, tan pronto como sea posible, deberán contactar con la central de alarma de **AXA ASSISTANCE** dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes al Accidente o inicio de la Enfermedad.

A falta de dicha notificación, **AXA ASSISTANCE** considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

5.3 TRASLADO MEDICO O REPATRIACIÓN. En los casos de traslado médico o repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de **AXA ASSISTANCE**, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.
- El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario.

El Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra, si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de **AXA ASSISTANCE** decidirá cuando es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado o repatriación.

5.4 NORMAS GENERALES PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA.

a) Mitigación.

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

b) Cooperación con AXA ASSISTANCE.

El Beneficiario deberá cooperar con **AXA ASSISTANCE** para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a **AXA ASSISTANCE** los documentos necesarios, ayudar a **AXA ASSISTANCE** y con cargo a **AXA ASSISTANCE**, a cumplimentar las formalidades necesarias.

c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia.

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por **AXA ASSISTANCE** con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia, por lo que **AXA ASSISTANCE**, no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas Condiciones Generales, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

d) Prescripción de las Reclamaciones.

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 2 años posteriores a la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

e) Subrogación.

AXA ASSISTANCE quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

VI. EXCLUSIONES.

6.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas fuera del período de vigencia del Viaje.

6.2 Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción del médico de cabecera o después de los noventa (90) días de iniciado el viaje, no dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

6.3 Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior a \$50.00 U.S. Dólares.

6.4 Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA ASSISTANCE.

6.5 La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.

6.6 La no aceptación de los servicios del abogado que le asigne AXA ASSISTANCE.

6.7 Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.

6.8 Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta, sin consentimiento de AXA ASSISTANCE.

6.9 También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.

c) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, mas no limitativa.

d) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.

e) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

f) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y/o en exhibiciones.

g) Enfermedades y/o Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por culpa grave al encontrarse bajo los influjos del alcohol.

h) La participación del Beneficiario en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones, así como en pruebas de velocidad, seguridad, resistencia y/o pericia.

i) Cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Beneficiario y que por sus síntomas y/o signos no pudiese pasar inadvertida antes de iniciar cualquier viaje.

j) Embarazos en los últimos tres meses antes de la fecha probable del parto, así como este último y los exámenes prenatales.

k) Enfermedades mentales o alienación.

l) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.

m) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.

n) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

o) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.

p) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.

q) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

VII. DEFINICIÓN DE BENEFICIOS Y USO DE SERVICIOS INCLUIDOS PARA PROGRAMAS DE "ALICO ASISTENCIA EN VIAJES"

7.1 El uso del Servicio " **ALICO ASISTENCIA EN VIAJES**" implica la conformidad con el Programa otorgado de acuerdo al plan indicado en la carátula de la Póliza de Accidentes Personales, y a la siguiente definición de beneficios por plan otorgado:

DEFINICIÓN DE BENEFICIOS POR PLAN CONTRATADO

COBERTURA	PLAN SUSCRITO	
	NACIONAL	INTERNACIONAL
ASISTENCIA		
2.1 Gastos Médicos y de Hospitalización en el extranjero	-Excluida-	Incluida
2.2 Gastos dentales agudos en el extranjero	-Excluida-	Incluida
2.3 Pago y envío de medicamentos no existentes en un país	-Excluida-	Incluida
3.1 Repatriación o traslado de los miembros de la familia en 1° grado acompañantes.	Incluida	Incluida
3.2 Traslado Médico	Incluida	Incluida
3.3 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje	Incluida	Incluida
3.4 Gastos de hotel por convalecencia	Incluida	Incluida
3.5 Repatriación o traslado a domicilio	Incluida	Incluida
3.6 Repatriación o traslado en caso de Fallecimiento / Entierro local	Incluida	Incluida
3.7 Regreso anticipado al domicilio (Pago de boleto de avión por regreso anticipado de un viaje)	Incluida	Incluida
3.8 Referencia Dental	Incluida	Incluida
3.9 Transferencia de fondos para asistencia médica	Incluida	Incluida
3.10 Referencia de Abogados para la defensa Jurídica	Incluida	Incluida
3.11 Transferencia de fondos para Asistencia Legal	Incluida	Incluida
3.12 Búsqueda y Transporte de Equipajes y Objetos Personales	Incluida	Incluida
3.13 Asistencia Administrativa (Pérdida o extravío de Pasaporte, visa y boletos de avión)	Incluida	Incluida
3.14 Transmisión de mensajes urgentes.	Incluida	Incluida
4.1 Referencia Médica y Hospitalaria sólo en México	Incluida	Excluida

7.2 Este es un servicio asistencial auxiliar a la Póliza de Accidentes Personales, por lo que **ALICO MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S. A. DE C. V.** no será responsable de dichos servicios, y se reserva el derecho de cancelar o modificar los beneficios, términos y/o condiciones del plan indicado en la carátula

de la póliza para el programa "ALICO ASISTENCIA EN VIAJES", notificando en dicho caso por escrito al contratante de la póliza con 30 días de anticipación.

CENTRALES DE ALARMA

<u>EN MÉXICO</u>	<u>EN ESTADOS UNIDOS</u>	<u>EN ORIENTE Y OCEANÍA</u>	<u>EN EUROPA</u>	<u>PARA OTROS PAÍSES</u>
25.81.62.44 01.800.62.49.376	Desde cualquier parte de los Estados Unidos de América:	Llamar a Singapur:	Desde España:	(312) 454-10-41
	(1-800) 621-02-95	(65) 62-20-05-00	(93) 228-76-32	
	Desde Illinois:		Desde otro país:	
	(1-312) 454-10-41		(34-93) 487-04-40 (34-93) 228-76-32	

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0058-0877-2009 de fecha 3 de marzo de 2010.