

GLOSARIO

Usuario: Toda persona que tenga acceso a los servicios de asistencia descritos en estas condiciones generales.

Accidente: Toda lesión corporal sufrida por el usuario 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 así a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el usuario.

Certificado: consentimiento/caratula de póliza individual.

Servicios de asistencia: Los servicios asistenciales que presta TOKA CUIDARTE a los usuarios en los términos de estas condiciones generales, para los casos de situación de asistencia de un beneficiario.

Coordinador: Persona que forma parte de la cabina de atención telefónica.

Situación de asistencia: Todo accidente o enfermedad de un usuario y/o beneficiario ocurridos en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los servicios de asistencia.

Enfermedad: Cualquier alteración en la salud del usuario que suceda, se origine o se manifieste durante la vigencia del presente contrato.

Enfermedad grave: Se define como la aparición súbita e inesperada de manifestaciones con o sin pérdida de la conciencia cuya gravedad da la impresión de muerte inminente.

Urgencia: Se considera urgencia a toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.

Emergencia: Definida como una lesión o enfermedad que plantean una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.

Referencias médicas con descuento: Todo aquella información o dato proporcionado a usuario y/o beneficiario de la red de proveedores médicos de TOKA CUIDARTE con descuento o costo preferencial.

Especialistas: persona que práctica una rama determinada de una ciencia.

Cabina de Atención Telefónica: espacio físico en donde los coordinadores atienden los servicios de asistencia.

TERRITORIALIDAD

Los servicios de asistencia se proporcionan en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

ASISTENCIAS

MÉDICA.

Las personas que prestan el servicio de asistencia médica son, en su mayor parte, contratistas independientes de TOKA CUIDARTE por lo que no será en ningún caso responsable por las opiniones y conclusiones que otorguen tales personas, ya que son profesionistas en su ramo.

Vigencia.

El programa tiene una vigencia de 365 días con renovación automática.

Servicios.

Traslado terrestre. TOKA CUIDARTE cubrirá los gastos del traslado del USUARIO en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano o apropiado en la ciudad donde se encuentre, siempre y cuando se trate de un servicio de emergencia o enfermedad grave.

Limitaciones:

Este Servicio está limitado a 1 (un) evento sin costo, durante la vigencia del programa.

Exclusiones:

Quedan excluidos los traslados en caso de enfermedades mentales. Pacientes en estado de ebriedad o con abuso de alguna droga que se encuentren en estado agresivo o no deseen ser trasladados.

Consultoría telefónica. El usuario podrá solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año y el equipo médico de TOKA CUIDARTE, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso, sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo. A solicitud del usuario, TOKA CUIDARTE proporcionará la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patentes, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el vademecum.

Limitaciones:

Sin límite de eventos.

Exclusiones:

Cuando el usuario se encuentre bajo el efecto de bebidas alcohólicas, intoxicación por sustancias relacionadas con farmacodependencia, y su llamada se torne agresiva y ofensiva. Cuando el usuario haga uso de palabras altisonantes.

Restricciones

El equipo médico de Toka Cuidarte no receta, no brinda diagnósticos, ni cambia tratamientos médicos.

Médico a domicilio. Cuando el usuario no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un médico a domicilio sujeto a valoración médica y disponibilidad de la red médica de TOKA CUIDARTE en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.

En los demás lugares, TOKA CUIDARTE hará lo posible por ayudar al usuario a contactar con un médico u hospital cercano, con la mayor celeridad.

Limitaciones:

Este Servicio está limitado a 1 (un) evento sin costo, durante la vigencia del Programa.

Exclusiones:

Cuando el médico de Toka Cuidarte determine mediante interrogatorio dirigido, que el estado actual del paciente requiere una atención en el área de urgencias o envío de ambulancia y no es candidato a ser atendido en domicilio.

El costo de la consulta pactado no incluye la aplicación de medicamentos, o cualquier otro tipo de procedimientos como (colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones, curaciones, etc).

Referencias médicas con descuento. TOKA CUIDARTE proporcionará al usuario, referencias de médicos, clínicas, hospitales y proveedores de servicios médicos en la República Mexicana con descuento o costo preferencial. Todos los gastos que se originen serán a cargo del usuario y TOKA CUIDARTE no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las referidas compañías. Estos servicios son sujetos a la disponibilidad de la red médica de TOKA CUIDARTE en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana.

Limitaciones:

Sin límite de eventos.

Los servicios solo incluyen:

CHECK UP BASICO

Química sanguínea de 6 elementos.

Examen general de orina.

PSICOLÓGICA

Orientación psicotelefónica.- En caso de que el usuario lo requiera, los psicólogos especialistas de TOKA CUIDARTE ofrecerán las 24 horas del día los 365 días del año asesoramiento, consultas y orientación a distancia a problemáticas comunes como:

depresión, adicciones, divorcios, violencia, problemas escolares, entre otras.

La asistencia será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno. Se orientará al usuario acerca de las medidas a seguir según requiera el caso remitiéndolo a:

Visita al consultorio de un terapeuta (con costo para el usuario).

Cita con terapeutas en una clínica o centro hospitalario (con costo para el usuario).

Limitaciones:

Sin límite de eventos,

NUTRICIONAL

Orientación telefónica. En caso de que el usuario lo requiera, los médicos coordinadores darán de forma ilimitada los 365 días del año de 8:00 a 20:00 hrs. orientación del siguiente tipo:

Suplementos.

Se brindará la asesoría que se requiera sobre distintos tipos de suplementos nutricionales según sus necesidades.

Orientación en caso de desórdenes alimenticios.

El personal calificado de TOKA CUIDARTE dará la información u orientación que requiera el usuario sobre síntomas, tratamientos y clínicas especializadas en el tratamiento de este tipo de padecimientos.

Tips de Nutrición. Se enviará de forma periódica información al correo electrónico del usuario sobre distintos temas relacionados con el cuidado de la salud y la nutrición.

Referencias Nutricionales Especializadas. En caso de que el usuario requiera una asesoría más personalizada se le coordinarán citas con nutriólogos en cualquier parte de la República Mexicana con costo preferencial.

Cálculo de peso ideal y de Índice de Masa Corporal. Los médicos coordinadores calcularán el Índice de Masa Corporal (IMC) del usuario y evaluarán si existe algún grado de riesgo. Se le orientará sobre el peso ideal en relación a la edad y actividad física diaria.

Limitaciones:

Sin límite de eventos.

AL HOGAR

Derivados de situaciones de emergencia, TOKA CUIDARTE brindará asistencia en:

Cerrajería. Reparación y/o apertura de chapas y cerraduras dañadas por descompostura, accidente, robo o intento del mismo, siempre que el servicio deba hacerse en las puertas exteriores de acceso al inmueble, que atente contra la seguridad de la casa-habitación del usuario.

Electricidad. Restablecimiento del servicio de energía eléctrica por causas de un corto circuito cuando la falla se origine en el interior del inmueble, y que corresponda al domicilio particular registrado en el programa de asistencia del usuario.

La reparación o cambio de tableros eléctricos, switches de cuchillas, interruptores, o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, sólo se hará en aquellas partes que pertenezcan a la instalación eléctrica del propio y que corresponda al domicilio particular del usuario.

Plomería. La reparación de fallas por rotura o fuga en las instalaciones hidráulicas, sanitarias y gas que se encuentren en el interior del domicilio y requieran reparación de emergencia por causar daño al inmueble con uso habitacional del usuario. La reparación de fugas de gas, únicamente se hará cuando correspondan de la salida del tanque de gas a los inmuebles, como estufas, calentadores, aire.

Vidriería. Este servicio incluye el cambio de vidrios rotos en puertas y ventanas que den a la calle y atenten contra la seguridad de la casa-habitación del usuario. No aplica en el caso de áreas comunes.

Limitaciones.

Este Servicio está limitado a 1 (un) evento al año en combinación de cualquier especialidad por usuario. Monto máximo de \$ 600 pesos (Seiscientos pesos 00/100 M.N.) Incluye material y mano de obra.

Estos servicios aplican solamente en caso de emergencia, lo que incluye mano de obra, el costo excedente a este monto correrá por parte del usuario. Si el costo de la reparación excediera de esta cantidad, el especialista le presentará al usuario un presupuesto por la cantidad excedente, misma que de ser aceptado, el usuario deberá pagar directamente a dicho especialista. Los servicios subsecuentes se brindarán a costos preferentes para el usuario.

Exclusiones del servicio.

Cualquier daño preexistente a la fecha de inicio de la vigencia de las presentes condiciones generales.

Cuando la prestación del servicio se solicite para un domicilio diferente al que aparece en el contrato del programa de asistencia.

Cuando la prestación del servicio se solicite para espacios que pertenezcan a elementos de las áreas comunes de conjuntos habitacionales.

La colocación de recubrimientos finales, en pisos, paredes o techos, tales como: losetas, mosaicos, mármol, tapiz, pintura, materiales de barro o acabados de madera.

No se reparará ningún aparato o equipo electrónico como televisores, estéreos, computadoras o motores eléctricos que resulten dañados a consecuencia de una falla eléctrica en las instalaciones del hogar, ni se repondrán accesorios como lámparas, luminarias o balastras.

Se excluyen las reparaciones de daños por filtración o humedad que sean consecuencia de fugas en tuberías y llaves.

Se excluyen las reparaciones de equipos conectados a las tuberías de agua como calderas, calentadores, aire acondicionado, lavadoras o secadoras.

No están incluidas como reparaciones de emergencia de cerrajería la apertura de autos, ni la fabricación de duplicados de llaves de cualquier tipo.

Los servicios solicitados para destapar muebles de baño, muebles de cocina y registros sanitarios.

Cualquier daño ocasionado intencionalmente, así como los provocados por rebelión, guerra, motín, alboroto popular y situaciones que alteren la seguridad pública.

Los daños que sean consecuencia de sismo, inundación, erupción volcánica, incendio y cualquier fenómeno natural, caso fortuito o fuerza mayor.

Cualquier reparación o gasto que el usuario contrate directamente con terceros.

Se excluyen las reparaciones de daños causados en los bienes del usuario o de otros, y que sean consecuencia de una falla en los servicios de energía eléctrica, hidráulicos y sanitarios.

Cuando por orden de alguna autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos a realizar.

Cuando el personal de cualquier autoridad oficial con orden de embargo, allanamiento, aseguramiento de bienes, aprehensión, cateo, investigación, rescate, se vea obligada a forzar, destruir o romper cualquier elemento de acceso como son: puertas, ventanas, chapas, cerraduras en el domicilio del usuario.

FUNERARIA

En caso de fallecimiento del usuario por accidente o enfermedad repentina, TOKA CUIDARTE coordinará a través de su red de proveedores los siguientes servicios:

- Traslado a la agencia funeraria.
- Sala de velación por 24 horas o instalación de capilla en domicilio.
- Carroza fúnebre.
- Autobús de acompañamiento (sujeto a disponibilidad).
- Cremación.
- Urna para cenizas.

Exclusiones.

No cubre embalsamamientos, salvo que sea requerido por ley. No incluye nichos ni fosa.
No aplica rescate ni reembolso.
La asistencia funeraria no aplica en caso de suicidio u homicidio.

Limitaciones:

Este servicio sólo aplica para el usuario con edad de 18 a 65 años. 1 evento hasta por un monto de \$12,000.00 (Doce mil pesos 00/100 M.N.).

VIAL

En caso de que el usuario lo requiera, TOKA CUIDARTE ofrece la red vial las 24 horas del día los 365 días del año los servicios:

Arrastre de grúa. En caso de avería o falla mecánica que no permita la movilización por sus propios medios del vehículo conducido por el usuario, TOKA CUIDARTE proporcionará la referencia del remolque o traslado en grúa. Este servicio está limitado a 1 (un) evento anual, hasta por \$1,000 (mil pesos 00/100 M.N.).

Exclusiones.

Quedan excluidos los vehículos destinados al transporte de carga, taxis, microbuses, colectivos, autobuses, autos modificados y vehículos arrendados.
Toka Cuidarte no cubre casetas, maniobras, abanderamientos y tiempo de espera. El usuario deberá estar presente en todo momento mientras se realiza el arrastre y/o asistencia. No están incluidas como emergencia las reparaciones de cerraduras. Ni la fabricación de duplicados de llaves de cualquier tipo. No se cubren daños por apertura de puertas.

LEGAL

Asistencia telefónica. TOKA CUIDARTE pondrá a disposición del usuario su red de abogados consultores, las 24 horas del día, los 365 días del año para consultas telefónicas en cualquier rama del derecho.

Limitaciones:

Sin límite de eventos

APP

El usuario cuenta con las asistencias con las que cuenta el programa TOKA CUIDARTE desde su dispositivo a través de la ubicación vía GPS, además de alarma de seguridad.

CONSERJERIA

A solicitud del usuario TOKA CUIDARTE proporcionará los siguientes servicios sin límite de eventos:

Boletos de avión: Información, reservación y compra de boletos de avión en cualquier aerolínea del mundo.

Hoteles: Información, recomendación y reservaciones.

Boletos de tren: Información, reservación y compra de boletos de avión en cualquier aerolínea del mundo.

Tours: Recomendación y reservación.

Cruceros: Recomendación, reservación y compra de cualquier crucero del mundo.

ASISTENCIA EN VIAJES

Viajes: Recomendación, reservación y compra, descuentos disponibles para los mejores destinos turísticos a Nivel Nacional e Internacional.

Arrendamiento de autos: Reservación de cualquier tipo de vehículo.

Transportación: Desde un taxi hasta un auto de lujo. Incluyendo servicio de Pick Up en cualquier aeropuerto del mundo.

Limousines: Coordinación de cualquier tipo.

Eventos deportivos internacionales: Eventos Deportivos Internacionales Súper Bowl, Gran Premio de Fórmula Uno, US Open, Roland Garros, NASCAR; Patinaje Artístico, Vela, regata y cualquier otro solicitado por el usuario entre otros grandes eventos.

Localización y recuperación de equipaje: Localización y recuperación de equipaje en cualquier aerolínea del mundo, así como coordinación del envío hasta el lugar de origen.

Información previa al viaje: Como vacunas, medidas que el usuario deberá de tomar, previa a su viaje así como trámites y requisitos como visas, pasaporte etc. Información del estado del tiempo.

Referencias de ubicaciones: Ubicaciones y horarios de atención.

Asistencia previa al viaje: Información de las oficinas de Embajadas y Consulados, Información previa al viaje como vacunas, medidas que el usuario deberá de tomar, previa a su viaje así como trámites y requisitos como visas, pasaporte etc.

Información de horarios: Información con relación a: Horarios y reservaciones en los más exclusivos museos de las principales ciudades del mundo, eventos deportivos y espectáculos, instituciones de emergencia, aeropuertos y centrales camioneras y oficinas para trámites ante las autoridades competentes.

Información general: Información relacionada con: sitios de interés, medidas de precaución que el viajero deberá tomar, estado del tiempo, visas, vacunación etc.

Información: Relacionada a domicilios de embajadas, consulados y/u oficinas representativas del gobierno mexicano en la ciudad o país en el que se encuentre, para notificar la pérdida, robo o extravío de sus documentos oficiales. Si es posible coordinará la cita con la autoridad mexicana que corresponda para notificar su pérdida.

Conceptos generales fuera de cobertura.

1. Las situaciones de emergencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por el beneficiario en contra de prescripción médica y/o durante viajes en el extranjero superiores a 60 días naturales, no dan derecho a los servicios de asistencia.
2. Cuando por una acción intencional del usuario resulte la comisión de un delito.
3. Cuando el usuario haga uso de palabras altisonantes.
4. Cuando el usuario no proporcione información veraz y oportuna, o que incurra en falsedad de información en relación al tipo de lesiones, mecanismo o parentesco.
5. Cuando el usuario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en las presentes condiciones generales.
6. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia

directa o indirecta de: 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.

7. Autolesiones o participación del usuario y/o beneficiarios en actos delictivos intencionales.

8. La participación del Usuario y/o beneficiarios en cualquier clase de carrera, competición o exhibición (automóviles, caballos, bicicleta).

9. Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.

10. Enfermedades mentales o alineación, cualquier tipo de accidente o enfermedad causada por radiaciones nucleares; cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se consideran como parte de la enfermedad.

11. Embarazos en los últimos tres meses antes de la fecha probable del parto, así como éste último y los exámenes prenatales; trasplantes o traslados de órganos de cualquier tipo.

12. 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; enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

13. Las lesiones o enfermedades sobrevenidas en el ejercicio de deportes extremos, o en el ejercicio como deportista amateurs o profesionales.

14. Quedan excluidos los costos generados por prótesis, aparatos de ortodoncia, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugías plásticas, revisiones de salud periódicas check up o rutinarias, gastos de hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Seguro de accidentes, que incluye:

a) Indemnización por muerte accidental.

La compañía de seguros contratada, con sujetos a lo señalado en cada póliza, pagará al beneficiario designado la suma asegurada si ocurre el fallecimiento del

asegurado a consecuencia de un accidente del usuario-asegurado, 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 usuario-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.

b) Indemnización por invalidez total y permanente por accidente.

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto e independientemente de cualquier otra causa el asegurado, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufriere un estado de invalidez total y permanente, la compañía de seguros contratada, pagará la suma asegurada correspondiente a esta cobertura. A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a la aseguradora, además de lo establecido en la cláusula de pruebas y documentos para el pago de la indemnización, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez total y permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la aseguradora, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la aseguradora cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

c) Indemnización por pérdidas orgánicas.

Si como consecuencia de un accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha 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 esta cobertura indicado en dicha tabla:

TABLA DE INDEMNIZACIÓN (escala A):

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
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%

Un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

TABLA DE INDEMNIZACION (Escala B):

Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
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%
Un ojo	30%
El dedo 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 incluyendo el dedo pulgar o el índice	25%
La audición total e irreversible de ambos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
5 cms 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, 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 metacarpal 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.

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.

d) 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.

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 cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados disminuyen en la misma cantidad la suma asegurada de esta sección. No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del asegurado durante su internamiento en una institución hospitalaria.

La compañía de seguros contratada tan sólo cubrirá los honorarios de médicos y enfermeras graduadas y oficialmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Las edades mínima y máxima de aceptación para esta cobertura serán las que se estipulen en la carátula de la póliza de la aseguradora.

Exclusiones generales

Las coberturas mencionadas para este seguro no amparan la muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica que deriven de lo siguiente:

a.Sida y VIH: Cualquier fallecimiento, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización que resulte o se relacione, directamente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

b.Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización derivada de accidentes que 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.
- c. Alcohol y drogas: cualquier muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización por accidente originado por culpa grave del asegurado cuando se encuentre 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 muerte accidental, invalidez, pérdida orgánica, gastos médicos por accidente u hospitalización por accidente que 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
- d. Maternidad y sus complicaciones.
- e. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas estéticas, plásticas o reconstructivas y cualquiera de sus complicaciones.
- f. Condiciones o padecimientos preexistentes. para la cobertura de invalidez, no se cubrirán padecimientos cuyo pronóstico de invalidez haya sido anterior a la contratación de la póliza.
- g. Carreras: por estar involucrado, participar o tomar parte de cualquier tipo de carreras (excepto carreras a pie), actividades subacuáticas o buceo.
- h. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i. 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.
- j. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

EDAD

La edad del asegurado para la contratación es de 18 a 64 años. La cobertura correspondiente a cada asegurado nunca sobrepasará al aniversario de la póliza inmediato posterior en que éste cumpla la edad máxima de renovación estipulada en la carátula de la póliza. Se considerará como edad real del asegurado la que tenga cumplida en la fecha de Inicio de vigencia del seguro.

La compañía de seguro contratada podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del asegurado, al inicio del contrato de seguro o con posterioridad. Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la compañía, esto será motivo de rescisión automática del contrato de seguro, reduciéndose la obligación de la compañía a pagar el monto de la reserva matemática existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del asegurado estuviera 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 hubiera pagado 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 pagada y la prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del contrato de seguro.
- b) Si la compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la edad del asegurado, tendrá derecho a reclamar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción 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 la edad real, la compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, 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 que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Procedimiento en caso de siniestro.

1. Aviso

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a TOKA CUIDARTE y la compañía de seguros contratada dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

2. Pruebas

El reclamante presentará a TOKA CUIDARTE y/o la compañía de seguros contratada, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas con las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos. La compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante o de cualquier asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la compañía de cualquier obligación.

3. Documentos necesarios para el pago de indemnización.

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presente a TOKA CUIDARTE y/o la compañía de seguros contratada, los siguientes documentos:

a. Para la cobertura de muerte accidental:

Formato de reclamación.

Carta reclamación.

Original y Copia de Identificación oficial del Asegurado que contenga foto y firma.

Original y Copia de Identificación oficial del Beneficiario que contenga foto y firma.

Acta de defunción del asegurado.

Acta de nacimiento del asegurado y beneficiario.

Acta del ministerio público.

Acta de matrimonio (solo si el beneficiario es el cónyuge).

Certificado/consentimiento individual original firmado por el asegurado.

b. Para las coberturas de invalidez por accidente:

Formato de reclamación, incluyendo la declaración del siniestro por parte de nuestro asegurado.

Dictamen de Invalidez avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia.

Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez.

Identificación oficial vigente del asegurado.

En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del asegurado.

Copia legible de las incapacidades o periodo de incapacidad específico indicado por el médico tratante.

Certificado/consentimiento individual original firmado por el asegurado.

c. Para la cobertura de pérdidas orgánicas:

Formato de reclamación.

Copia de la identificación oficial del asegurado que contenga foto y firma (INE, pasaporte, cédula profesional).

Carta reclamación (relato de hechos indicando fecha de ocurrido y mecanismo de la lesión).

Original de las actuaciones completas del ministerio público, en su caso.

Documento que compruebe la pérdida orgánica.

Certificado/consentimiento individual original firmado por el asegurado.

d. Para la cobertura de gastos médicos por accidente:

Formulario de reclamación de beneficios llenado por el asegurado y médico.

Reporte de accidente.

Certificado médico del hospital indicando causa y días de hospitalización.

Copia de historia clínica.

Informe médico firmado por el médico tratante.

Recibos/ originales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras, que cumplan con los siguientes requisitos:

A nombre del asegurado.

Número de cédula profesional.

Registro de la secretaría de salud.

Registro federal de contribuyentes.

Número de folio.

En el recibo se debe mencionar el tipo de atención proporcionada (anestesia, consulta médica, honorarios quirúrgicos, etc.)

En caso de facturas de farmacia, laboratorios o rayos X, deben venir acompañadas de las recetas médicas, resultados e interpretación respectivamente.

Certificado/consentimiento individual original firmado por el asegurado.

e. Para la cobertura de gastos funerarios:

Formato de reclamación.

Carta de reclamación.

Original y copia de identificación oficial vigente del asegurado que contenga foto y firma.

Copia del acta de nacimiento del asegurado afectado.

Original o copia certificada del acta de defunción del asegurado.

La compañía de seguros contratada se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no cumplirse con los requisitos, la Compañía de seguros contratada quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Una vez que se cuenta con la información antes mencionada, es necesario hacerla llegar al domicilio de la compañía de seguros contratada, sita en edificio capital reforma, avenida Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse a los siguientes teléfonos: 53- 40-35-22 o al 01-800-223-2273.

Folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios (accidentes y enfermedades).

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.

2.A solicitar se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.

3.A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.

4.A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Durante nuestra atención en el siniestro, el asegurado tiene los siguientes derechos:

A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.

A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.

A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.

A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.

A cobrar a la compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.

A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico: aceune@chubb.com

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

Identificarse verbalmente como ajustador de la compañía.

Preguntar por el bienestar del asegurado.

Explicar de manera general al asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.

Como representante de la compañía, asesorar al asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.

Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la compañía pueda soportar la procedencia del mismo.

Entregar un aviso de privacidad, en caso de recabar datos personales.

Entregar a la compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de mayo de 2015, con el número RESPS0039-0472-2015 / CONDUSEF-002024-01.”

CLÁUSULA OFAC

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada, si el asegurado es condenado mediante sentencia del juez de la causa o bien aparece en alguna de las listas de personas investigadas por delitos de Narcotráfico, Lavado de dinero, Terrorismo o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales sobre la materia.

En caso de que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, la aseguradora rehabilitará el Contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso. Así mismo, quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato:

Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por Delitos Contra la Salud (Narcotráfico), Encubrimiento y/o Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Terrorismo y/o Delincuencia Organizada en Territorio Nacional o en cualquier país del

mundo con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien, es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

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 CGEN-S0039-0135-2014 / CONDUSEF- 002024-01 de fecha 08 de octubre de 2014.

En caso de controversia respecto a las asistencias, el usuario podrá acudir ante la PROCURADURÍA FEDERAL DEL CONSUMIDOR (PROFECO) www.profeco.gob.mx en la vía administrativa a efecto de hacer valer sus derechos como consumidor.

En caso de controversia respecto a al seguro contratado, el usuario podrá acudir ante la COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) www.condusef.gob.mx en la vía administrativa a efecto de hacer valer sus derecho como consumidor.