

Términos y Condiciones de Kalaan Bienestar Integral. Seguro de Accidentes Personales y Servicio Funerario.

Generalidades.

- 1.- Para el uso de cualquiera de los servicios que conforman la Membresía Integral Kalaan en el segmento de Seguro de Accidentes Personales y Servicio Funerario es requisito llamar al Centro de Atención Telefónica Kalaan, así como la presentación de la membresía con cada uno de los proveedores.
- 2.- La membresía es personal e intransferible.

Seguros y Servicios integrados en la Membresía Integral Kalaan.

1. Seguro de Accidentes Personales*

1.1 Seguro por muerte Accidental*

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto.

Se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la muerte del Asegurado, dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

1.2 Pago directo o reembolso de Gastos médicos por accidente*.

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada en vigor de esta cobertura, menos el deducible contratado, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado por servicios y/o materiales médicos y quirúrgicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto.

No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una institución hospitalaria.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados, disminuyen en la misma cantidad la suma asegurada de esta sección.

La responsabilidad de la aseguradora termina en la fecha en que el Asegurado sea dado de alta de las lesiones sufridas, por lo que no están cubiertos los gastos que el Asegurado realice con posterioridad a la fecha de alta o hasta el agotamiento de la suma asegurada.

Los gastos cubiertos se reembolsarán por un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha del accidente que dio origen a la reclamación.

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque lesiones físicas al Asegurado y, como consecuencia de éstas, el Asegurado efectúe un primer gasto médico dentro de los primeros 10 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

Las vías de Pago para esta cobertura son: Pago Directo o Reembolso de Gastos hasta por el límite de la Suma Asegurada contratada.

1.3 Indemnización de pérdidas orgánicas*

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente para esta cobertura al propio Asegurado, una vez transcurrido el período de espera, con referencia de la siguiente tabla:

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

Para efectos de esta cobertura se entiende como accidente cubierto aquel acontecimiento provocado por una causa externa, súbita, fortuita y violenta que provoque la invalidez total y permanente del Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

EXCLUSIONES DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Esta póliza no ampara y la aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando el fallecimiento / pérdida orgánica sea efecto directo o indirecto de alguna de las siguientes situaciones:

1. Accidentes que se originen por participar en:
 - 1.1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - 1.2. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
 - 1.3. Riña provocada por el asegurado.
2. Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:
 - 2.1. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.
 - 2.2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - 2.3. Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.
 - 2.4. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.
 - 2.5. La práctica profesional de cualquier deporte.
3. Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
4. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.
5. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus

- complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
 7. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 8. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
 9. Fallecimiento o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
 10. Cuando se demuestre que el fallecimiento, la incapacidad y/o la pérdida orgánica sea a consecuencia directa e inmediata de Padecimientos preexistentes.

ENDOSO DE GASTOS CUBIERTOS

Para la cobertura de Ortesis, las Botas Walker, Botas de Rehabilitación, Caminador Darco, Daonsa y similares el monto máximo a indemnizar es de \$2,000 M.N. quedando las diferencias a cargo del asegurado.

Para los procedimientos por lesiones en columna, la Aseguradora tendrá la facultad de solicitar una segunda opinión de un médico independiente especialista en la materia, el costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

No se cubren procedimientos con fines estéticos.

Para rehabilitación física se cubrirán bloques de 10 sesiones, por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del asegurado, con tope de autorización de 30 sesiones máximo. Aplicará tabulador correspondiente.

ENDOSO DE NIVEL HOSPITALARIO

Pago Directo:

Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Medio, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo.

Reembolso:

Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Alto, la indemnización se realizará vía reembolso aplicando el tabulador vigente al momento del siniestro. El deducible señalado en la carátula de la póliza incrementará en la cantidad de Mil Pesos mexicanos.

** El seguro de Accidentes Personales se rige bajo las condiciones generales de la póliza contratada. En todos los casos la aseguradora se reserva el derecho de solicitar

cualquier tipo de información adicional a la que se menciona en este documento, que considere necesaria para la valoración de la reclamación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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 en 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-S0120-562-2014 de fecha 7 de enero de 2014.

¹ Los alcances de las coberturas de Seguro, se encuentran cubiertas por una compañía legalmente autorizada, y de acuerdo a la póliza contratada.

2. Servicio Funerario *

En caso de muerte del Titular*, el Proveedor realizará las gestiones necesarias para prestar el servicio funerario, las cuales consistirán en lo siguiente:

Para Cremación
- Recolección del cuerpo
- Arreglo estético del cuerpo
- Ataúd para velación
- Sala de velación*
- Servicio de cremación
- Una Urna
- Gestión de trámites
Para Inhumación
- Recolección del cuerpo
- Servicio de Embalsamado
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación *
- Ataúd Metálico
- Gestión de trámites
- Traslado en carroza para inhumación

El servicio podrá otorgarse a domicilio, sin costo adicional. Asesoría gratuita (una consulta) con abogados especializados en juicios testamentarios o intestados. Disponibilidad de los servicios de tanatología para familiares (una consulta).

En el servicio funerario NO se incluyen exhumaciones o lotes en el panteón ni ningún otro

servicio que no esté expresamente relacionado en la presente cláusula.

*Edad Máxima de aceptación 70 años. Tiempo de espera para la cobertura de servicio funerario es de 60 días naturales a partir de la contratación, se deberá proveer identificación oficial del finado y certificado médico de defunción al momento del fallecimiento del titular. El servicio funerario se otorgará en la funeraria que elija el solicitante de entre las que se tiene convenio y forman parte de la red funeraria. Consulta condiciones en el Centro de Atención Telefónica Kalaan.

Kalaan por ninguna circunstancia se hace responsable de la garantía del servicio en caso de que no se haya tenido contacto previamente con el Centro de Atención Telefónica Kalaan.