



F. Escobedo

AIG Seguros México, S.A. de C.V.
Insurgentes Sur 1136 Col. Del Valle, 03219, México, D.F.
Tel: (01) 55 5488-4700
www.AIG.com.mx

**Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC		2 CHIHUAHUA	10000084	9	0

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904
ESTADO: CHIHUAHUA	

MONEDA	VIGENCIA DEL SEGURO		DURACIÓN	FORMA DE PAGO	TASA DE FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO
NACIONAL	DESDE LAS 12:00 HORAS DEL 01/01/2019	HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 01/01/2020	365 DÍAS	CONTADO	0.00%

PRIMA NETA	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	GASTOS EXPEDICIÓN PÓLIZA	IMPORTE DE I.V.A.	PRIMA TOTAL
\$ 248,500.00	\$ 0.00	\$ 500.00	\$ 39,840.00	\$ 288,840.00

BENEFICIOS CUBIERTOS
CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA: PARTICIPACIÓN CON LO QUE LA COLECTIVIDAD CONTRIBUIRÁ PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

FECHA DE EXPEDICIÓN: 04/01/2019

Agente de Seguro: 77658 LETICIA IRENE GARCIA FIERRO
Reducción en prima por aplicación (total o parcial) de comisión del agente: 0.00



006476138

AIG SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V.

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 23 de julio de 2015, con el número PPAQ-S0012-0009-2015/CONDUSEF-002436-01.



**Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC		2 CHIHUAHUA	10000084	9	0

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904
ESTADO: CHIHUAHUA	

BENEFICIOS CUBIERTOS	
Continuación:	
Límite de Cobertura por evento (Coberturas por Hospitalización) 0 días	
Período de Espera (Coberturas por Enfermedades Graves y Hospitalización) No aplica período de espera días	
COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS Y DEDUCIBLES
INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	\$ 100,000.00
INDEMNIZACIÓN POR PERDIDAS ORGÁNICAS A CAUSA DE ACCIDENTE	\$ 100,000.00
ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A"	
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	\$ 50,000.00

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

REVISE LAS EXCLUSIONES QUE, EN SU CASO, INCLUYE LA COBERTURA DE MUERTE

ADVERTENCIA: en las coberturas de gastos médicos, a partir de que el Asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de estas coberturas de seguro, podrían representar un esfuerzo financiero importante.

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días



Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC		2 CHIHUAHUA	10000084	9	0

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904
ESTADO: CHIHUAHUA	

naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido 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.

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Para el caso de los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de contratante, la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades (el Reglamento en adelante).

La Aseguradora podrá renovar los contratos de seguro colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron



Seguro de Accidentes Personales Colectivo
CARÁTULA DE PÓLIZA

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC		2 CHIHUAHUA	10000084	9	0

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904
ESTADO: CHIHUAHUA	

contratadas, siempre que se reúnan los requisitos que establece el Reglamento 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 Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Los nombres completos de los asegurados y su fecha de nacimiento se indican en el listado anexo.

Los beneficiarios de cada asegurado se hacen constar en el certificado.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.



**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC.		2 CHIHUAHUA	10000084	9	1

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
ESTADO: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904

MONEDA	VIGENCIA DEL SEGURO		DURACIÓN	FORMA DE PAGO	TASA DE FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO
NACIONAL	DESDE LAS 12:00 HORAS DEL 01/01/2019	HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 31/05/2019	150 DÍAS	CONTADO	0.00%

PRIMA NETA	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	GASTOS EXPEDICIÓN PÓLIZA	IMPORTE DE I.V.A.	PRIMA TOTAL
\$ 248,500.00	\$ 0.00	\$ 500.00	\$ 39,840.00	\$ 288,840.00

BENEFICIOS CUBIERTOS
NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y EN LOS ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE LA MISMA, SE ESPECIFICA LO SIGUIENTE:

FECHA DE EXPEDICIÓN: 04 DE ENERO DE 2019
Agente de Seguro: **77658 LETICIA IRENE GARCIA FIERRO**
Reducción en prima por aplicación (total o parcial) de comisión de agente:



006476154


AIG SEGUROS MEXICO, S.A. DE C.V.



**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC		2 CHIHUAHUA	10000084	9	1

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
ESTADO: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904

BENEFICIOS CUBIERTOS	
LAS PARTES CONVIENEN EN QUE ESTE ENDOSO PREVALECERÁ SOBRE LO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.	
POR MEDIO DE ESTE ENDOSO SE ACLARA QUE LOS BENEFICIOS, SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES ESPECIALES AMPARADAS POR ESTA PÓLIZA SON LAS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN, DEJANDO SIN EFECTO LO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA:	
COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS
INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	\$ 200,000.00
INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE ESCALA "B"	\$ 200,000.00
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	\$ 200,000.00
INDEMNIZACION PARA GASTOS FUNERARIOS	\$ 200,000.00
PRIMA NETA POR PERSONA POR 120 DIAS (CUATRIMESTRE)	\$ 71.00 M.N. MÁS I.V.A
GIRO DEL CONTRATANTE EDUCACIÓN	
PARTICIPANTES: 3,500 ALUMNOS	
NOTAS ADICIONALES EL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO ES SIN COSTO CON UN TOPE MAXIMO DE 150 PERSONAS.	
COBERTURA ESPECÍFICA SE AMPARA A LOS ALUMNOS, PERSONAL DOCENTE Y/O ADMINISTRATIVO DURANTE SU ESTANCIA EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATANTE EN EL HORARIO NORMAL DE CLASES, ASI COMO DURANTE LOS TRAYECTOS DIRECTOS E ININTERRUMPIDOS DEL ASEGURADO DESDE SU DOMICILIO A LA ESCUELA Y VICEVERSA. LAS ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES CELEBRADAS FUERA DE LAS INSTALACIONES DEL CONTRATANTE SERAN CUBIERTAS SIEMPRE Y CUANDO SEAN ORGANIZADAS Y SUPERVISADAS POR LA ESCUELA Y TENGAN UNA DURACION NO MAYOR A 72 HORAS. CUBRE 15 EVENTOS DEPORTIVOS Y CULTURALES CON UNA DURACION MAXIMA DE 6 DIAS CONTINUOS.	
CÚMULO MÁXIMO: LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA QUE SE PAGARÁ POR LA OCURRENCIA DE MAS DE UN FALLECIMIENTO EN UN SOLO EVENTO, AL AMPARO DE ESTÁ PÓLIZA SERÁ DE \$1,000,000.00 POR LO QUE EN ESTE CASO, LA SUMA ASEGURADA SE DISTRIBUIRÁ EN PROPORCIÓN ENTRE LOS AFECTADOS CONSIDERANDO LA SUMA ASEGURADA ORIGINAL POR EL ASEGURADO.	



**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
ESC		2 CHIHUAHUA	10000084	9	1

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE	
NOMBRE: UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE CHIHUAHUA	R.F.C.: UTC000516V13
CALLE: AVE. MONTES AMERICANOS 9501	
POBLACIÓN: CHIHUAHUA	COLONIA: SECTOR 35 C.P.: 31216
ESTADO: CHIHUAHUA	CÓDIGO DE ASEGURADO: 7683904

BENEFICIOS CUBIERTOS
<p>DEDUCIBLE: PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE SERÁ DE \$100.00 POR EVENTO Y POR PERSONA.</p> <p>EDADES DE ACEPTACIÓN: DE 12 A 69 AÑOS DE EDAD. NO OBSTANTE SE ENCUENTRA EN LA LISTA DE ASEGURADOS, NO SE CONSIDERARÁ AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA SI LA EDAD ESTA FUERA DE ESTOS LÍMITES.</p> <p>CLAUSULAS ADICIONALES: APLICA PAGO DIRECTO EN RED DE HOSPITALES "A", EN CONVENIO CON AIG, SIEMPRE Y CUANDO LA POLIZA ESTE PAGADA Y SE CUENTE CON EL LISTADO DE ASEGURADOS ACTUALIZADO</p> <p>ADMINISTRACION EL CONTRATANTE DEBERA ENVIAR LISTADO DE ASEGURADOS EN UN ARCHIVO DE EXCEL U OTRO MEDIO SIMILAR, ESTA DEBERA DE CONTENER LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS EN CADA COLUMNA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. APELLIDO PATERNO2. APELLIDO MATERNO3. NOMBRE (S)4. FECHA DE NACIMIENTO5. SEXO <p>PERIODO DE COBERTURA LOS BENEFICIOS QUE CUBRAN MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y/O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE TENDRÁN UN PERIODO DE COBERTURA DESDE EL DÍA QUE OCURRA EL EVENTO Y HASTA 180 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE LA OCURRENCIA DE ÉSTE. SI LA MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDA ORGÁNICAS Y/O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE OCURRE FUERA DE ESTOS PLAZOS, AUN CUANDO SE DERIVE DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, NO HABRÁ COBERTURA Y LA COMPAÑÍA, NO SERÁ RESPONSABLE DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA.</p>

