

**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO  
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
SMK		13 TIJUANA	10000025	12	1

**NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

NOMBRE:	CENTRO DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y DE EDUCACION SUPERIOR DE ENSENADA, BAJA CAL	R.F.C.:	CIC7309189G8
CALLE:	CARRETERA ENSENADA.-TIJUANA. 3918		
POBLACIÓN:	ENSENADA	COLONIA:	ZONA PLAYITAS C.P.: 22860
ESTADO:	BAJA CALIFORNIA	CÓDIGO DE ASEGURADO:	501708

MONEDA	VIGENCIA DEL SEGURO		DURACIÓN	FORMA DE PAGO	TASA DE FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO
NACIONAL	DESDE LAS 12:00 HORAS DEL 22/02/2025	HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 22/02/2026	365 DÍAS	CONTADO	0.00%

PRIMA NETA	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	GASTOS EXPEDICIÓN PÓLIZA	IMPORTE DE I.V.A.	PRIMA TOTAL
\$ 9,900.00	\$ 0.00	\$ 500.00	\$ 1,664.00	\$ 12,064.00

**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:** 25 DE FEBRERO DE 2025Agente de Seguro: **76616** **WILLIS AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.**

Reducción en prima por aplicación (total o parcial) de comisión de agente:



\*008370816\*

AIG SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V.



**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO  
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
SMK		13 TIJUANA	10000025	12	1

**NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

NOMBRE:	<b>CENTRO DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y DE EDUCACION SUPERIOR DE ENSENADA, BAJA CAL</b>	R.F.C.:	<b>CIC7309189G8</b>
CALLE:	<b>CARRETERA ENSENADA.-TIJUANA. 3918</b>		
POBLACIÓN:	<b>ENSENADA</b>	COLONIA:	<b>ZONA PLAYITAS C.P.: 22860</b>
ESTADO:	<b>BAJA CALIFORNIA</b>	CÓDIGO DE ASEGURADO:	<b>501708</b>

**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**

	<b>SUMAS ASEGURADAS</b>
INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	\$ 100,000.00
INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS POR ACCIDENTE ESCALA "A"	\$ 100,000.00
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	\$ 50,000.00

**PRIMA NETA POR DIA POR PERSONA**

**\$ 10.92 MN. MÁS IVA.**

**COBERTURA ESPECÍFICA**

ESTE SEGURO OTORGA COBERTURA A MAXIMO 25 PERSONAS POR VIAJE, CON UN MAXIMO DE 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SALIDA DEL MISMO, EL CUAL DEBERA ESTAR DECLARADO PREVIAMENTE A CADA VIAJE POR EL CONTRATANTE. SE CUBRIRA PERSONAL EXTERNO, ESTUDIANTES LOCALES, FORANEOS Y PROFESIONALES QUE PERTENEZCAN Y TENGAN RELACION LABORAL Y/O ESCOLAR DIRECTA CON CICESE.

**CUMULO MAXIMO**

LA SUMA ASEGURADA MAXIMA QUE SE PAGARA POR LA OCURRENCIA DE MAS DE UN FALLECIMIENTO EN UN SOLO EVENTO, AL AMPARO DE ESTA POLIZA SERA DE: **DIEZ (10) VIDAS** POR LO QUE, EN ESTE CASO, LA SUMA ASEGURADA SE DISTRIBUIRA EN PROPORCION ENTRE LOS AFECTADOS CONSIDERANDO LA SUMA ASEGURADA ORIGINAL POR ASEGURADO.

**DEDUCIBLE**

PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE SERÁ DE **\$ 500.00 PESOS M.N.** POR EVENTO Y POR PERSONA.

**EDADES DE ACEPTACION**

DE 18 A 69 AÑOS. NO OBSTANTE, SE ENCUENTRE EN LA LISTA DE ASEGURADOS, NO SE CONSIDERARÁ AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA SI LA EDAD ESTÁ FUERA DE ESTOS LÍMITES.

**ADMINISTRACION**

EL CONTRATANTE DEBERÁ ENVIAR LISTADO DE ASEGURADOS EN UN ARCHIVO DE EXCEL U OTRO

**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO  
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
SMK		13 TIJUANA	10000025	12	1

**NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

NOMBRE:	CENTRO DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y DE EDUCACION SUPERIOR DE ENSENADA, BAJA CAL	R.F.C.:	CIC7309189G8
CALLE:	CARRETERA ENSENADA.-TIJUANA. 3918		
POBLACIÓN:	ENSENADA	COLONIA:	ZONA PLAYITAS C.P.: 22860
ESTADO:	BAJA CALIFORNIA	CÓDIGO DE ASEGURADO:	501708

**BENEFICIOS CUBIERTOS**

MEDIO SIMILAR ANTES DE CADA VIAJE, ESTA DEBERÁ DE CONTENER LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS EN CADA COLUMNA:

1. APELLIDO PATERNO
2. APELLIDO MATERNO
3. NOMBRE (S)
4. FECHA DE NACIMIENTO
5. SEXO

**PAGO DIRECTO**

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.

**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.

**"PARA LA APERTURA DE LA PÓLIZA SE SOLICITARÁ UNA PRIMA MÍNIMA Y DE DEPÓSITO DE \$ 9,900.00 M.N. DE LA CUAL SE IRÁ DESCONTANDO LA PRIMA CORRESPONDIENTE, CON BASE EN LOS REPORTES DE OCUPACIÓN HASTA SU AGOTAMIENTO Y POSTERIORMENTE SE REALIZARÁN LOS PAGOS DE PRIMA. EN CASO DE NO AGOTARSE AL FINAL DE LA VIGENCIA, ESTA CANTIDAD NO ES REEMBOLSABLE".**