

**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO  
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
SMK		4 MEXICO	10000409	3	1

**NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

NOMBRE: <b>KIN CAMP S.A. DE C.V.</b>	R.F.C.: <b>KCA050201J52</b>
CALLE: <b>CHIHUAHUA NUM 230 PB</b>	
POBLACIÓN: <b>CUAUHTEMOC</b>	COLONIA: <b>ROMA C.P.: 06700</b>
ESTADO: <b>DISTRITO FEDERAL</b>	CÓDIGO DE ASEGURADO: <b>9461557</b>

MONEDA	VIGENCIA DEL SEGURO		DURACIÓN	FORMA DE PAGO	TASA DE FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO
<b>NACIONAL</b>	<b>DESDE LAS 12:00 HORAS DEL 23/02/2019</b>	<b>HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 23/02/2020</b>	<b>365 DÍAS</b>	<b>CONTADO</b>	<b>0.00%</b>

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

**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:** 21 DE FEBRERO DE 2019

Agente de Seguro: **78673 NESTOR ADRIAN ROMERO TIRADO**

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



\*006535960\*

AIG SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V.

**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO  
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
SMK		4 MEXICO	10000409	3	1

**NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

NOMBRE: <b>KIN CAMP S.A. DE C.V.</b>	R.F.C.: <b>KCA050201J52</b>
CALLE: <b>CHIHUAHUA NUM 230 PB</b>	
POBLACIÓN: <b>CUAUHTEMOC</b>	COLONIA: <b>ROMA C.P.: 06700</b>
ESTADO: <b>DISTRITO FEDERAL</b>	CÓDIGO DE ASEGURADO: <b>9461557</b>

**BENEFICIOS CUBIERTOS**

LAS PARTES CONVIENEN EN QUE ESTE ENDOSO PREVALECE 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	\$ 150,000.00	\$ 300,000.00
PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE ESCALA (B)	\$ 150,000.00	\$ 300,000.00
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	\$ 150,000.00	\$ 300,000.00

\* LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL APLICA COMO REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE PARA MENORES DE 12 AÑOS.

<b>PRIMA POR PERSONA POR DIA (150,000)</b>	<b>\$ 15.00 MN. MÁS I.V.A.</b>
<b>PRIMA POR PERSONA POR DIA (300,000)</b>	<b>\$ 28.00 MN. MÁS I.V.A.</b>

**GIRO DEL CONTRATANTE:**

CAMPAMENTOS SIN EXCURSIONISMO

**COBERTURA ESPECÍFICA**

SE AMPARA A LAS PERSONAS INSCRITAS CON EL CONTRATANTE EN LOS CAMPAMENTOS ORGANIZADOS Y SUPERVISADOS POR EL MISMO EN LAS INSTALACIONES, HORARIOS, DÍAS Y CONDICIONES REPORTADOS A LA ASEGURADORA.

SE CUBREN LOS TRAYECTOS HACIA LOS CAMPAMENTOS QUE SEAN BAJO RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE.

**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: **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.

**ADMINISTRACION**

EL CONTRATANTE DEBERÁ ENVIAR LISTADO DE ASEGURADOS EN UN ARCHIVO DE EXCEL U OTRO MEDIO SIMILAR PREVIO A CADA EVENTO, ESTA DEBERÁ DE CONTENER LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS EN CADA COLUMNA:

1. APELLIDO PATERNO
2. APELLIDO MATERNO
3. NOMBRE (S)

**Seguro de Accidentes Personales COLECTIVO  
ENDOSO**

PRODUCTO	PAQUETE	OFICINA	NÚMERO DE PÓLIZA	SUFIJO	SECUENCIA
SMK		4 MEXICO	10000409	3	1

**NOMBRE Y DOMICILIO DEL CONTRATANTE**

NOMBRE: <b>KIN CAMP S.A. DE C.V.</b>	R.F.C.: <b>KCA050201J52</b>
CALLE: <b>CHIHUAHUA NUM 230 PB</b>	
POBLACIÓN: <b>CUAUHTEMOC</b>	COLONIA: <b>ROMA C.P.: 06700</b>
ESTADO: <b>DISTRITO FEDERAL</b>	CÓDIGO DE ASEGURADO: <b>9461557</b>

**BENEFICIOS CUBIERTOS**

4. FECHA DE NACIMIENTO
5. SEXO
6. FECHA DE ALTA Y BAJA
7. PRIMA CALCULADA

**NOTA:** LOS CAMPAMENTOS DEBERAN SER DECLARADOS ANTICIPADAMENTE CON LISTADOS DE PARTICIPANTES AL MENOS 24 HORAS ANTES DE SU INICIO.

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

**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.

**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 ESTA PÓLIZA SE SOLICITARÁ UNA PRIMA MÍNIMA DE \$9,900 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 VIGENCIA ESTA CANTIDAD NO ES REEMBOLSABLE.**

**NOTA ADICIONAL: SE CONTEMPLA UN CAMPAMENTO A BENEFICIENCIA SIN COSTO, APROXIMADAMENTE EL MES DE JUNIO DEL 2019.**