

CONDICIONES GENERALES
Seguro de Bicicletas y Monopatín

Como leer las Condiciones Generales

Estimado Asegurado, para **Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.** usted es muy importante, y nos hemos esforzado en diseñar unas Condiciones Generales de modo que usted pueda entenderlas lo mejor posible, para ello, las hemos dividido en secciones específicas, que puede ubicar a través del siguiente

ÍNDICE

	Pág.
1. Definiciones. - sección diseñada para evitar confusión o interpretación errónea, donde se definen palabras con un significado específico.	2
2. Coberturas de Daños:	7
2.1. Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	7
2.2. Daños al Vehículo	8
2.3. Pérdida Total del Vehículo por Robo	9
3. Coberturas de Accidentes y Enfermedades:	10
3.1. Muerte Accidental del Conductor del Vehículo	10
3.3. Reembolso de Gastos Médicos del Conductor del Vehículo por Accidente	11
4. Exclusiones Generales aplicables a todas las Coberturas.	13
5. Condiciones Generales.	15
6. Que hacer en caso de siniestro.	30
7. Documentos adicionales.	32

Asimismo, lo invitamos a consultar nuestro **aviso de privacidad**, leer el **folleto de derecho de Clientes**, y ponemos a su disposición las formas que tiene usted para contactarnos en el anexo de la última página sobre las **Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros.**

Gracias por preferirnos.

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., en adelante denominado como La **Compañía**, emite el presente Seguro de Bicicletas y Montpatín, bajo los siguientes términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato:

Sección 1. Definiciones

De acuerdo con el Artículo 11 de la Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las instituciones de seguros, los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este contrato de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino o en plural o singular y para efectos de identificación aparecerán en negritas y mayúsculas:

- Accidente:** Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la **Póliza** y que el fallecimiento ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del **Accidente** y como consecuencia de este. **No se considerarán Accidentes las lesiones intencionalmente causadas por el Asegurado.**
- Asegurado:** Es la persona física titular del interés Asegurado, que se encuentra cubierta al amparo de este contrato de seguro, misma que al momento de ocurrir un **Evento** que amerite indemnización, según lo establecido en esta **Póliza**, tiene derecho al pago correspondiente.
- Aseguradora o Compañía:** Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.
- Beneficiario:** La(s) persona(s) designada(s) en el consentimiento por el Asegurado, para recibir la indemnización correspondiente, en caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un **Accidente**.
- Certificado y/o Certificado Individual:** Son los **Certificados** individuales de seguro colectivo a que se refiere el Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades;
- Coaseguro:** La cantidad especificada en el **Certificado individual** con la que participará el **Asegurado** en las pérdidas indemnizables de conformidad con la presente **Póliza**.
- Conductor:** La persona que habitualmente conduce el o hace uso del **Vehículo Asegurado**, para efectos de esta **Póliza** el **Conductor** será el Asegurado.
- Contratante:** A la persona física o moral que ha celebrado con la **Compañía** el contrato de seguro y tiene a su cargo el pago de las primas correspondientes al mismo.
- Culpa grave:** La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia

de reglamentos o deberes.

- Consentimiento:** Documento en donde el Asegurado expresa su consentimiento para ser Asegurado y en el cual designa a sus **Beneficiarios**.
- Daño consecuencial:** Son aquellos perjuicios derivados de un **daño** personal o material que son consecuencia indirecta de un siniestro.
- Daños Materiales:** El daño físico, así como su perjuicio a bienes tangibles, resultando en su destrucción o deterioro. Bienes tangibles no incluyen software, datos o cualquier otra información que se encuentre en medios electrónicos.
- Daño Moral:** La afectación que una persona física sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físico o bien en la consideración que de sí mismo tienen los demás.
- Doctor o Médico:** Alguien que esté legalmente facultado para ejercer la medicina. Éste no puede ser un familiar del Asegurado.
- Dolo:** Cometer un delito de manera consciente y voluntaria; sabiendo de antemano que la acción a realizar está penada por la ley.
- Empleado:** Es la persona física que presta sus servicios bajo contrato definitivo o de base, por tiempo indeterminado, realizando para su Patrón un trabajo personal subordinado en jornadas de tiempo completo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 60 de la Ley Federal del Trabajo, y que está inscrita, por parte del Patrón, en alguna Institución de Seguridad Social.
- Endoso:** Documento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante el cual se hace constar el acuerdo establecido en un contrato de seguro por las partes para modificar, aclarar o dejar sin efecto las bases, términos o condiciones de la **Póliza**; y forma parte integrante de ésta última. Lo señalado en estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales y Particulares en todo aquello que se contra ponga.
- Enfermedad:** Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. No se incluyen las para efectos de la cobertura de este seguro las enfermedades preexistentes, según se define este concepto más adelante.
- Exclusiones:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la **Póliza** y que se encuentran expresamente indicadas en las secciones correspondientes.
- Evento:** Es la ocurrencia del riesgo amparado por este **Contrato de Seguro**,

durante la **Vigencia** del mismo. Se entenderá por un solo **Evento**, el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un mismo acontecimiento sucedido durante la **Vigencia** de la **Póliza**.

Fecha de inicio de Vigencia de la Póliza colectiva:

Es la fecha que aparece señalada en la carátula de la **Póliza**, a partir de la cual se comienza a cubrir el riesgo.

Fecha de inicio de vigencia en el Certificado individual:

Es la fecha señalada en cada uno de los **Certificados Individuales** y a partir de la cual quedará cubierto el Asegurado del respectivo **Certificado Individual**.

Hospital:

Instalación cuya función principal consiste en diagnosticar y tratar a los enfermos y heridos bajo la supervisión de los **Médicos**. Se deberá:

- Organizar departamentos de medicina y de cirugía mayor, en el sitio o en otro lugar a través de un pre-contrato arreglado dando un servicio de enfermería las 24 horas bajo supervisión o proporcionado por enfermeras registradas.
- Ser compensada por los pacientes o sus proveedores de seguros para la realización de estos servicios y
- Tener licencia donde se requiera.

Integrante:

Es aquella persona que forme parte de la colectividad asegurada.

Límite único y combinado:

Es la suma asegurada máxima a indemnizar. Se encuentra conformado por acumular las sumas aseguradas contratadas en cada cobertura de la póliza.

Mala fe:

Malicia, falta de rectitud, voluntad y consiente ilicitud en el obrar, teniendo una intención no positiva y culpable de engañar.

Descuido o falta de cuidado o diligencia.

Negligencia:

Es aquel que previamente a la celebración del contrato o al alta del Asegurado en el mismo:

Padecimiento o enfermedad preexistente:

a) Se haya declarado su existencia o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un **Médico** legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la **Compañía** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

b) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento **Médico** de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Perjuicio:	La ganancia lícita que deja de obtenerse o deméritos o gastos que se ocasionan por acto u omisión del Asegurado, y que éste debe indemnizar derivadas del daño causado por modo directo.
Póliza y/o Contrato de seguro:	Es el documento en el que se hace constar el acuerdo celebrado entre el Contratante y la Compañía , y lo integran las Condiciones Generales, la carátula de la Póliza , las especificaciones, los Endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los Consentimientos y los Certificados individuales , los cuales constituyen prueba de la existencia del Contrato.
Prima:	Es la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante a la Compañía en la forma y términos convenidos, para que el Asegurado tenga derecho a las coberturas amparadas por este contrato de seguro, durante la Vigencia del mismo. La Prima total incluye los gastos de expedición, así como cualquier otro impuesto aplicable y en su caso, el recargo por pago fraccionado.
Reglamento de seguro de grupo:	Es el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
Robo:	Delito consistente en apoderarse de una cosa ajena mueble, sin derecho y sin el consentimiento de la persona que puede disponer de ella conforme a la ley.
Siniestro:	Eventualidad prevista en el contrato de seguro cuyos efectos dañosos se encuentran cubiertos en éste, hasta el Límite máximo de responsabilidad contratado y que indistintamente se menciona como Evento (s) ocurridos.
Suma asegurada o Límite máximo de responsabilidad:	Es la cantidad máxima establecida en el Certificado Individual por la que tendrá responsabilidad la Compañía en caso de proceder el Evento .
Tercero:	Cualquier persona, física o moral, distinta de: <ul style="list-style-type: none"> a) El Contratante del Seguro, el Asegurado o el causante del siniestro. b) Los cónyuges, ascendientes o descendientes de las personas enunciadas en el inciso a) anterior. c) Los socios, directivos, empleados y personas que, de hecho o de derecho, dependan de las personas enunciadas en el inciso a), mientras actúen en el ámbito de dicha dependencia
Valor real:	La cantidad que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma especie, clase y capacidad, incluyendo el costo del transporte, montaje, impuestos y derechos aduanales si los hubiere, menos la depreciación correspondiente.
Vehículo o Vehículo asegurado:	Bicicleta o Monopatín propiedad del Asegurado, y cuyas características (marca y modelo) se especifican en el Certificado individual .

Violencia física:

Es aquella acción generada de manera voluntaria y que por lo mismo ocasiona daños no accidentales, utilizando la fuerza.

Violencia moral:

Es la que se ejerce a través de medios de presión psicológica, que tuercen o desvían la voluntad de la víctima (se constriñe su libertad de obrar).

Sección 2. Coberturas de Daños

Las coberturas que se describen a continuación deben estar mencionadas como contratadas en el **Certificado individual** correspondiente y se encuentran sujetas a lo pactado en la sección de condiciones generales.

Sección 2.1. Cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Esta cobertura ampara de conformidad con lo establecido por las leyes vigentes en los Estados Unidos Mexicanos, la responsabilidad civil en que pudiera incurrir el **Asegurado** en su condición de **Conductor** por el uso o posesión del vehículo asegurado- y hasta por el límite establecido en la misma, cuando a consecuencia de dicho uso o posesión, cause **daños materiales** en sus bienes, lesiones corporales y/o la muerte de terceros, incluyendo la indemnización por **daño moral** que en su caso legalmente corresponda.

Esta cobertura se extiende dentro del **Límite máximo de responsabilidad** contratado, a cubrir los gastos y costas a que fuere condenado a pagar el **Asegurado**, en caso de juicio seguido en su contra con motivo de su responsabilidad civil derivada del uso o posesión del vehículo Asegurado.

En cada pérdida cubierta bajo esta cobertura, el Asegurado participará con el **Coaseguro** establecido en el **Certificado Individual**.

2. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

El **Límite máximo de responsabilidad** de la **Compañía** para esta cobertura, se establece en el **Certificado Individual**, y opera como límite único y combinado (LUC) para los diversos riesgos que se amparan en ella.

3. EXCLUSIONES.

La Compañía no indemnizará bajo esta cobertura:

- a) Los daños corporales causados al cónyuge o a los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, así como a los empleados del Asegurado.
- b) Los actos intencionados o realizados con mala fe, por el Asegurado ni los derivados de la infracción o incumplimiento deliberado de las normas legales.
- c) Los daños ocasionados a cosas de terceros que por cualquier razón se hallen en poder del Asegurado o de personas de las que deba responder.
- d) Los daños derivados de responsabilidades que deban ser objeto de un seguro de suscripción obligatoria en virtud de cualquier ley o reglamento.
- e) El pago de sanciones y multas, así como las consecuencias de su impago.
- f) Aquellas pérdidas económicas que no sean consecuencia de un daño corporal o material ocasionados por la bicicleta o el monopatín.

- g) La responsabilidad proveniente de daños a terceros cuando éstos sean ocasionados con el Vehículo Asegurado, a consecuencia de que el Conductor se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas no prescritas por un médico. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre o en aire espirado sea superior a la permitida por la legislación sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial vigente en el momento y lugar del Accidente.**

Sección 2.2. Daños al vehículo.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Esta cobertura ampara los **daños materiales** que pueda sufrir el **Vehículo Asegurado** siempre y cuando el cuadro de la misma haya resultado afectado como consecuencia de un **Accidente**, por causa exterior, violenta, súbita y ajena a la voluntad del Asegurado; hallándose el **Vehículo** en circulación, en reposo o durante su transporte.

En cada pérdida cubierta bajo esta cobertura, el Asegurado participará con el **Coaseguro** establecido en el **Certificado Individual**.

2. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

Toda indemnización que la **Compañía** pague por concepto de siniestro será a **Valor real** y reducirá en igual cantidad la **Suma asegurada**; en consecuencia, las indemnizaciones de siniestros subsecuentes serán pagadas hasta el límite de suma restante.

3. EXCLUSIONES.

La Compañía no indemnizará bajo esta cobertura:

- a) Daños causados por dolo o mala fe del Asegurado o Conductor del Vehículo Asegurado.**
- b) Daños producidos por no observarse las instrucciones contenidas en los manuales de los fabricantes respecto del uso del Vehículo Asegurado.**
- c) Los daños de carácter estético.**
- d) Los perjuicios y pérdidas derivadas de cualquier clase, así como responsabilidades civiles de cualquier naturaleza.**
- e) Reclamaciones por pérdidas de utilidad del Vehículo por falta de piezas de repuesto, o basadas en la disminución de la capacidad, potencia o calidad inicial, incluso tras la sustitución de un componente cubierto por la garantía.**

- f) **Todo accesorio que no se halle unido funcionalmente de manera fija e inseparable al Vehículo Asegurado.**
- g) **Los daños producidos por la acción lenta de la intemperie.**
- h) **Se excluyen los daños que afecten exclusivamente a las ruedas de la bicicleta o monopatín, o a cualquier otro elemento, si no ha quedado dañado también en el mismo accidente el cuadro de la bicicleta o del monopatín.**
- i) **Los daños que sufra el Vehículo Asegurado cuando el Conductor se encuentre en estado de embriaguez, o bajo la influencia de drogas no prescritas por un médico, excepto en el caso de que no pueda imputársele al Conductor negligencia o culpa grave en la ocurrencia del siniestro. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre o en aire espirado sea superior a la permitida por la legislación sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial vigente en el momento y lugar del Accidente.**

Sección 2.3. Pérdida total del Vehículo por Robo.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

a) Robo fuera del domicilio

La **Compañía** cubrirá la pérdida total del **Vehículo asegurado**, a consecuencia de **Robo** perpetrado por cualquier persona o personas que, haciendo uso de **violencia física o moral**, despojen al Asegurado del **Vehículo**. Es determinante para hacer efectiva esta cobertura, en el caso de que el **Robo** hubiera sido perpetrado en ausencia del **Asegurado**, el **Vehículo** se haya encontrado amarrado con cadena y/o cable de seguridad con candado a un elemento fijo, circunstancia que deberá ser acreditada al realizar la reclamación bajo esta cobertura.

b) Robo en la vivienda

En caso de que el **Robo** se cometa dentro de una vivienda, será necesario para que se haga efectiva esta cobertura, que se dejen señales visibles de violencia en el lugar por donde se penetró. Si el **Vehículo** se encuentra dentro de una vivienda, que esta última cuente con medidas de seguridad totalmente operativas. (barda perimetral, puertas y ventanas con cancelas, etc.) o si se encuentra en una habitación exterior a la vivienda, será necesario demostrar que el **Vehículo** se encontraba sujeto a través de un objeto fijo mediante una cadena y/o cable de seguridad con candado.

El no cumplimiento de las obligaciones impuestas por la presente cláusula al Asegurado se considerarán una agravación del riesgo, que podría implicar que la **Compañía** quede liberada de sus obligaciones si se demuestra que el Asegurado provocó dicha agravación; no obstante, la **Compañía** no podrá liberarse de su responsabilidad de pagar la indemnización, cuando el incumplimiento de dichas obligaciones por parte del Asegurado no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

En cada pérdida cubierta bajo esta cobertura, el Asegurado participará con el **Coaseguro** establecido en el **Certificado Individual**.

2. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

El importe a indemnizar para esta cobertura en caso de determinar pérdida total por **Robo**, será el equivalente al **Valor real del Vehículo asegurado** con límite en la **Suma Asegurada** contratada.

3. EXCLUSIONES.

La Compañía no indemnizará bajo esta cobertura:

- a) La sustracción de piezas, así como los daños ocasionados por la comisión del delito en cualquiera de sus formas que por su magnitud no suponga la pérdida total de la bicicleta o del monopatín.
- b) Los efectos del siniestro cuando éste se haya producido por negligencia o culpa grave del Asegurado o del propietario de la bicicleta o monopatín asegurados, que manifiestamente haya propiciado la sustracción, ni cuando ésta haya sido cometida por los familiares que convivan con dichas personas o por los dependientes o asalariados de éstas. Se considerará como tal la sustracción de la bicicleta cuando en el momento de la sustracción, ésta no se encontrase sujeta a través del cuadro a un objeto fijo mediante un candado de seguridad homologado o cuando la bicicleta se encuentre aparcada junto a otras bicicletas sin estar sujetas entre sí, mediante, como mínimo, un candado de seguridad, que, aun no siendo homologado, esté especialmente diseñado para bicicletas, y sin que una de ellas se encuentre unida a un objeto fijo.

Sección 3. Coberturas de Accidentes y Enfermedades

Las coberturas que se describen a continuación deben estar mencionadas como contratadas en el **Certificado individual** correspondiente y se encuentran sujetas a lo pactado en la sección de condiciones generales.

Sección 3.1 Muerte Accidental al Conductor

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Esta cobertura ampara el pago de la **Suma asegurada** a los **Beneficiarios** designados si el **Asegurado** fallece como consecuencia de un accidente cubierto. Se entiende como accidente cubierto aquel accidente vial ocurrido durante la práctica no profesional mientras el **Asegurado** se encuentre a bordo del **Vehículo asegurado** y que provoque la muerte del **Asegurado** dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

2. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

El **Límite máximo de responsabilidad** para esta cobertura, se encuentra especificado en el **Certificado individual** respectivo.

3. EXCLUSIONES

La Compañía no indemnizará bajo esta cobertura:

- a) Las consecuencias o secuelas de Accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.
- b) Participación activa del Asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- c) Accidentes sufridos por el Conductor debido a embriaguez o estar bajo los efectos de drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que cualquiera de esas circunstancias haya sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre o en aire espirado sea superior a la permitida por la legislación sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial vigente en el momento y lugar del Accidente.
- d) Los Accidentes producidos con anterioridad al inicio de vigencia del respectivo Certificado Individual.
- e) La muerte por suicidio y sus tentativas, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, así como, las derivadas de autolesión.

Sección 3.2 Reembolso de Gastos Médicos al Conductor del Vehículo por Accidente

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

Esta cobertura ampara el reembolso hasta la **Suma asegurada contratada** menos el **coaseguro** 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.

Se entiende como **Accidente** cubierto aquel **Accidente** vial ocurrido durante la práctica no profesional 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.

Los gastos reembolsables son los siguientes:

- a) Consultas médicas
- b) Exámenes **Médicos**.
- c) Internaciones Hospitalarias en el centro **Médico** más próximo al lugar donde éste se encuentre.
- d) Intervenciones quirúrgicas: en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas hasta el retorno del pasajero a su país de origen.
- e) Terapia y unidad intensivas coronaria: cuando la naturaleza de la enfermedad o la lesión así lo requiera.
- f) Medicamentos: se cubrirá el reintegro de los gastos con la compra de medicamentos indicados por la atención médica u odontológica cubierta por ese seguro.

- g) Atención Odontológica de Emergencia: estarán cubiertos únicamente los costos por atención odontológica de urgencia, limitada al tratamiento del dolor agudo y/o extracción de la pieza dentaria, dentro de los límites de los capitales Asegurados.
- h) Terapia de recuperación física o fisioterapia: se cubre en caso de traumatismo, bajo prescripción del **Médico** que lo atendió.

2. CONDICIONES DE LA COBERTURA.

Esta cobertura se sujetará a lo siguiente:

- a) **La Compañía** sólo pagará los servicios **Médicos** que sean proporcionados por instituciones o por personas físicas o morales autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad y que no sean familiares o socios del **Asegurado**. El **Asegurado** deberá entregar a la **Compañía** recibos o facturas con los requisitos fiscales respectivos.
- b) Los medicamentos y análisis clínicos o de gabinete deben ser prescritos por un **Médico** titulado, por lo que, al solicitar el reembolso, El **Asegurado** deberá presentar las recetas, órdenes médicas y los resultados de los análisis respectivos.
- c) La responsabilidad de la **Compañía** por uno o más **Eventos**, en ningún caso excederá de la **Suma asegurada** contratada para esta cobertura.
- d) En caso de que el **Asegurado** tuviera esta cobertura amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta o en otras **Compañías**, el reembolso pagadero en total por todas las **Pólizas** no excederá a los gastos incurridos, los que se liquidarán en forma proporcional a los beneficios contratados en cada **Póliza**.

En cada pérdida cubierta bajo esta cobertura, el **Asegurado** participará con el **Coaseguro** establecido en el **Certificado Individual**.

3. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD.

Cuando sean varias las indemnizaciones durante el periodo, en uno o varios **Eventos**, la **Compañía** pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes hasta agotar la **Suma asegurada** como límite máximo.

4. EXCLUSIONES

La Compañía no reembolsará bajo esta cobertura los siguientes gastos:

- a) **Cuarto de hospitalización distinto al estándar.**
- b) **Alimentos y servicios de estacionamiento de acompañantes (cualquier otro gasto erogado por ellos).**
- c) **Tratamientos de ortodoncia.**
- d) **Atención médica, hospitalaria, gabinete, laboratorio, rehabilitación, servicio de enfermería y en general, cualquier otro gasto Médico derivado de lesiones o patologías que no sean consecuencia directa del siniestro amparado bajo esta Póliza.**

- e) **Tratamientos con fines meramente estéticos o plásticos reconstructivos, ni las complicaciones que deriven de las mismas, cuando éstos no sean originados por el accidente amparado por esta cobertura.**
- f) **Cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico, por estados de depresión psíquica, nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje, cualquiera que fuera su causa o manifestaciones clínicas.**
- g) **Cualquier tipo de tratamiento Médico o quirúrgico realizado por Médicos quiroprácticos, acupunturistas, homeópatas, naturistas, tratamientos de herbolaria, hipnotismo o alguno en experimentación y/o investigación.**
- h) **Gastos no relacionados directamente con el tratamiento, tales como: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, tratamientos cosméticos, caja fuerte, concepto de fianza, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de cualquier tipo de grabación, control de TV, servicio de librería, periódicos, restaurante, cafetería y otros que, se determine, no sean estrictamente indispensables para el tratamiento de las lesiones sufridas a causa del accidente.**

Sección 4. Exclusiones Generales

Quedan excluidos de todas las coberturas de la Póliza, además de las limitaciones específicas de cada una de ellas, las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) **Dolo o culpa grave del Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios.**
- b) **Desgaste del Vehículo Asegurado, defecto propio o defectuosa conservación de la cosa asegurada, así como los daños producidos por deterioro debido a condiciones atmosféricas, oxidación, erosión, corrosión, cavitación.**
- c) **Avería mecánica o eléctrica o defecto o mal funcionamiento.**
- d) **Derrames u otros artículos frágiles, arañazos, raspaduras, herrumbres, incrustaciones, moho o sequedad de la atmósfera, temperaturas extremas.**
- e) **Perjuicios o pérdidas de cualquier clase que se produzcan con ocasión de un siniestro.**
- f) **Cualquier daño ocurrido al Vehículo Asegurado que en el momento del siniestro debiera estar cubiertos por un seguro obligatorio, en virtud de cualquier ley o reglamento.**
- g) **Los siniestros ocurridos como consecuencia de coberturas opcionales o modalidades de cobertura que no hayan sido suscritos.**
- h) **Los derivados de la celebración de pruebas deportivas o competencias en las que participe el Vehículo Asegurado.**

- i) La participación activa del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- j) Siniestros ocasionados por la participación activa del Asegurado/Conductor en hechos de carácter ilícito o delictivo o debido a la violación de los Reglamentos de Tránsito aplicables.**
- k) El uso lucrativo de la bicicleta o el monopatín de cualquier tipo, especialmente los de alquiler, servicios de mensajería o transporte de personas, así como el uso de la bicicleta o del monopatín de cualquier servicio gratuito u oneroso; de préstamo de bicicletas o monopatín público o privado.**
- l) El uso de la bicicleta o del monopatín en cualquier ejercicio acrobático.**
- m) Los siniestros producidos por el uso de la bicicleta o del monopatín por persona distinta al Asegurado.**
- n) Cualquier Robo o daño a su bicicleta o monopatín en aquellos supuestos en los que el Asegurado no pueda entregar a la Compañía prueba de la titularidad del candado homologado o de seguridad, o de la bicicleta o del monopatín.**
- o) El consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo, siempre que hayan sido la causa del siniestro.**
- p) Actos realizados por el Asegurado o sus acompañantes en la prestación de servicio militar en las fuerzas armadas o en la policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional.**
- q) Hostilidades, actividades u operaciones bélicas (haya o no guerra declarada), invasión de enemigo extranjero, guerra civil intestina, revolución, rebelión, motín, sedición, conspiración, insurrección, sabotaje, disturbios políticos, suspensión de garantías, confiscación, decomiso, requisición, nacionalización, o detención de El Asegurado o sus acompañantes por parte de las autoridades legalmente reconocidas, por motivo de sus funciones, al intervenir en dichos actos.**
- r) Reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva.**
- s) Detonaciones con el uso de cualquier dispositivo o arma de guerra que emplee o no fisión o fusión atómica, nuclear, radioactiva o armas biológicas y/o bioquímicas, en cualquier momento en que ocurra dicha detonación.**
- t) Terrorismo y/o medidas tomadas para impedirlo, prevenirlo, controlarlo o reducir las consecuencias y/o cualquier daño consecuencial derivado de un acto de Terrorismo. Por terrorismo se entenderá, para efectos de esta Póliza: Los actos de una persona o personas que por si mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades utilizando la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.**

Adicionalmente a las Excepciones aplicables a todas las Coberturas, las Coberturas de **Muerte Accidental al Conductor y Reembolso de Gastos Médicos** quedarán excluidas cuando se originen por o sean consecuencia de:

1. **Lesiones o muerte causadas en Riña siempre que el Asegurado hubiere sido el provocador.**
2. **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado haga uso del Vehículo asegurado para un fin lucrativo.**
3. **Lesiones o muerte causadas por la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
4. **Lesiones o muerte por Accidente ocurrido como consecuencia de una Enfermedad Preexistente.**

Sección 5. Condiciones Generales

Las siguientes cláusulas constituyen las Condiciones Generales aplicables a todas las coberturas:

1ª. PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO.

Esta **Póliza**, la solicitud, los **Consentimientos**, **Certificados individuales** y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el **Contratante** y la **Compañía**, el cual sólo podrá ser modificado por consentimiento de ambas partes y mediante solicitud por escrito por parte del **Contratante**, y un **Endoso** autorizado por la **Compañía** previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2ª. SUMA ASEGURADA Y LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

Es el **Límite máximo de responsabilidad** de la **Compañía** por cada Asegurado y para cada cobertura, a consecuencia de un siniestro amparado que ocurra dentro del periodo de cobertura de la **Póliza**, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, **Certificado Individual**, **Endosos**, condiciones particulares, generales y especiales de la **Póliza**.

La **Suma asegurada** podrá pactarse como una cantidad fija según se indique en la carátula de la **Póliza** y/o **Certificado Individual**.

3ª COLECTIVIDAD ASEGURABLE.

Está constituida por el conjunto de personas indicadas por del **Contratante**, cuyas características se mencionan específicamente en la carátula de la **Póliza** y siempre que reúna los requisitos establecidos en el **Reglamento del Seguro de Grupo**.

4ª COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la **Compañía** por conducto del **Contratante**, su correspondiente **Consentimiento** individual para ser incluidos en la **Póliza**, y han sido aceptados por la **Compañía**.

5ª INGRESOS POSTERIORES A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

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 del grupo 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 **Compañía**, dentro de los treinta días 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 **Compañía** 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, contados 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**.

6ª OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES.

El **Contratante** y el **Asegurado** están obligados a declarar por escrito a la **Compañía**, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la **Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del **Siniestro**.

7ª MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

Sólo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito mediante **Endoso** o cláusula adicional, y sean hechas por funcionarios de la **Compañía** autorizados expresamente para ello, previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Todas las notificaciones del **Contratante** o de los Asegurados a la **Compañía** deberán hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, el cual se indica en la carátula de la **Póliza**. En consecuencia, queda entendido que los agentes de la **Compañía** no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la **Compañía** los autorice especialmente para ello; en este caso, se dará aviso oportuno al **Contratante**, de dicha autorización.

*“Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días que sigan al día en que se reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones.”* Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Este derecho se hace extensivo al **Contratante**.

8ª DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. (Aplicable solo a la cobertura de Muerte Accidental)

El Asegurado tendrá derecho a designar **Beneficiarios** conforme a lo siguiente:

- a. Cada **Integrante** es el único que puede designar a su o sus propios **Beneficiarios**; dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su respectivo **Consentimiento**.
- b. En cualquier momento, el **Asegurado** podrá revocar la designación de **Beneficiarios**, dando aviso por escrito a la **Compañía**, sobre su decisión y remitirá su **Certificado** para la anotación correspondiente.
- c. En caso de que el **Asegurado** haya notificado uno o más cambios de **Beneficiario**, la **Compañía** solo tomará en cuenta el último del que haya tenido conocimiento expreso.
- d. Si por falta de aviso oportuno del cambio de **Beneficiario**, la **Compañía** paga el importe del seguro al último **Beneficiario** de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta pudiera ocasionar.
- e. El derecho de revocación cesará cuando el **Asegurado** haga renuncia de él, haciéndolo constar en el **Certificado** correspondiente, comunicándolo al **Beneficiario** y a la **Compañía** por escrito.

- f. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere **Beneficiarios** designados o hubieren desaparecido, el importe remanente del seguro, en su caso, se cubrirá a la sucesión legal del Asegurado.

9ª CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La **Compañía** expedirá y enviará al **Contratante**, para que éste los entregue a los Asegurados, **Certificados Individuales** que expresarán los siguientes datos:

1. Nombre, teléfono y domicilio de la **Compañía**;
2. Firma del funcionario autorizado de la **Compañía**;
3. Operación de seguro, número de la **Póliza** y del **Certificado**;
4. Nombre del **Contratante**;
5. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
6. Fecha de **Vigencia** de la **Póliza** y del **Certificado**;
7. **Suma asegurada** o reglas para determinarla en cada beneficio;
8. Nombre de los **Beneficiarios** y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
9. La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro de Grupo.

En caso de tratarse de una **Póliza** autoadministrada será obligación del **Contratante** hacer del conocimiento del **Asegurado** la información antes mencionada. En todos los casos, el **Asegurado** podrá solicitar a la **Compañía** el **Certificado** correspondiente.

10ª REPORTE DE MOVIMIENTOS.

El **Contratante** debe reportar los movimientos de alta y los de baja de **Asegurados**, así como el aumento y disminución de beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha que ocurran, salvo convenio específico.

Si el reporte es oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados. En caso contrario el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de la **Compañía**, conforme a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten.

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, por lo que causarán baja de esta **Póliza**, dejando de pertenecer a la colectividad asegurada, y los **Beneficios** para ellas cesarán desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el **Certificado Individual** expedido. En este caso, la **Compañía** 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, a más tardar dentro de los 15 días hábiles siguientes a que reciban la notificación de baja.

11ª CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS.

Los **Integrantes** de la colectividad asegurable podrán contribuir al pago de la prima en la proporción que se indique en la carátula de la **Póliza**. Cuando el **Integrante** no cubra al **Contratante** la parte de la prima que se obligó, éste podrá solicitar su baja de la **Póliza** a la **Compañía**.

12ª OTROS SEGUROS. (aplicable solo a las coberturas de Daños)

Si el **Asegurado**, contrata otros seguros que cubran por los mismos riesgos a los bienes aquí amparados, tendrá la obligación de comunicarlo inmediatamente a la **Compañía**, mediante aviso por escrito, indicando el nombre de las Aseguradoras y las sumas aseguradas contratadas. Si el Asegurado omitiere intencionalmente dicho aviso o si contrata diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la **Compañía** quedará liberada de sus obligaciones.

13ª AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA. (aplicable solo a las coberturas de Accidentes).

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la **Suma asegurada** que aparece en el **Certificado**, no concuerda con la pactada o con la regla para determinarla, la **Compañía**, pagará la

Suma asegurada que corresponda, aplicando la **Suma asegurada** pactada o regla para determinarla. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la **Compañía** por su propio derecho, o a la solicitud del **Contratante**, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el **Certificado**.

En uno u otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva **Suma asegurada**, desde la fecha en que se operó el cambio.

14ª PRIMA.

La prima a cargo del Asegurado se regirá conforme a las siguientes reglas:

1. La prima de la colectividad deberá ser equivalente a la suma de las correspondientes a cada una de los **Asegurados**, de acuerdo con su edad y **Sumas aseguradas** de las coberturas contratadas en la fecha de inicio de cada período de seguro.
2. La prima vence en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima; en caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año. Para los efectos de este contrato se entenderá como fecha de celebración del contrato la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la **Póliza**.
3. La prima puede ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el **Asegurado** ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el **Asegurado** y la **Compañía** a la fecha de celebración del contrato.
4. El **Contratante** y/o **Asegurado** gozará de un periodo de un plazo de gracia, de 30 días naturales contados a partir del vencimiento de la prima, para liquidar la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades.
Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12 horas (medio día) del último día del periodo de gracia convenido, si el **Contratante** no hubiese cubierto el total de la prima o de la fracción correspondiente en los casos de pago en parcialidades.
Las horas señaladas en esta fracción serán las horas oficiales del lugar donde se emitan las **Pólizas** de seguro correspondientes.
5. La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la **Compañía** contra entrega del recibo correspondiente.
6. En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la **Vigencia del Certificado Individual**, y siempre que esté transcurriendo el periodo de gracia, la **Compañía** podrá deducir de la indemnización debida al **Asegurado** o **Beneficiario**, o en su caso, al **Asegurado**, el total de la prima que se encuentre pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.
7. La obligación del pago de primas será del **Contratante**.
8. En caso de alta o baja de **Asegurados**, o de aumento o disminuciones de beneficios adicionales, la **Compañía** cobrará o devolverá al **Contratante** la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

15ª RENOVACIÓN.

La **Compañía** podrá renovar el contrato de seguro de colectivo, de conformidad con lo siguiente:

1. El **Contratante** deberá solicitar la renovación a más tardar dentro de los 30 días anteriores a la terminación de **Vigencia** del contrato anterior.
2. La renovación será procedente cuando la temporalidad del seguro sea de un año o de plazos menores y siempre que se reúnan los requisitos del **Reglamento de Seguro de Grupo** en la fecha de vencimiento del contrato.
3. **En cada renovación del Seguro se respetarán los mismos términos y condiciones contratados originalmente, con excepción de las primas,**

las cuales podrán incrementarse ya que 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.

16ª REHABILITACION.

No obstante, el contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

1. La **Contratante**, deberá solicitar por escrito la rehabilitación dentro de los 30 días siguientes al momento en que cesó sus efectos el contrato por falta de pago de primas, en términos de lo dispuesto por la cláusula 14ª.
2. Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación la colectividad deberá reunir el requisito de número de **Integrantes** pactado en la carátula de la **Póliza** y los requisitos que señala el **Reglamento del Seguro de Grupo**.
3. El **Contratante**, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la **Compañía** el importe de la prima o primas vencidas.
4. La **Compañía**, en caso de considerarlo procedente, emitirá el **Endoso** de rehabilitación, señalando el día y hora a partir del cual surtirá efectos la misma.
5. El lapso comprendido entre el momento en que el contrato cesó en sus efectos por falta de pago de primas y el momento en que se rehabilite a través del **Endoso** respectivo, se considerará periodo al descubierto y en ningún caso la **Compañía** responderá por un siniestro ocurrido durante el mismo.

17ª RECLAMACIONES.

Cualquier **Evento** que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la **Compañía**, dentro de los 5 días siguientes a su realización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en que el reclamante deberá dar aviso a la **Compañía** tan pronto como cese el impedimento.

El reclamante presentará a la **Compañía**, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genere, en su caso, la obligación y el derecho de quien solicite el pago.

La **Compañía**, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costo, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del **Contratante**, del Asegurado, o de sus **Beneficiarios** para que se lleve a cabo esa comprobación, dará derecho a la **Compañía** a rechazar la reclamación presentada por el reclamante:

18ª INDEMNIZACIÓN.

En caso de ser procedente el siniestro, la **Compañía** pagará a el **Asegurado** o al **Beneficiario** designado, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al **Contratante** a reintegrar el pago a la **Compañía**.

19ª EDAD. (aplicable solo a las coberturas de Accidentes)

La edad mínima de admisión para las cobertura de Muerte Accidental al Conductor del Vehículo y Reembolso de Gastos Médicos del conductor del vehículo por Accidente, es la edad de 12 años, sin límite máximo de admisión o renovación. Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra en los límites de edad admitidos, la **Compañía** pagará la cantidad que resulta de multiplicar la **Suma asegurada** por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado en el último aniversario de la **Póliza**.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un miembro de la Colectividad se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad

admitidos, el seguro respectivo quedará en vigor por la misma **Suma asegurada**. En este caso, se ajustará la prima por el período que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al Asegurado la parte no devengada de la última prima pagada que le corresponda en la fecha de su rescisión.

20ª: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

Es obligación del **Contratante**, informar o entregar a la **Compañía** lo siguiente:

1. Los **Consentimientos Individuales** respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.
2. El ingreso al grupo de integrantes nuevos.
3. La separación definitiva de integrantes del grupo Asegurado.
4. Cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y;
5. Los nuevos consentimientos de los Asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas.

La información y/o documentación deberá proporcionarse a la **Compañía**, por escrito, dentro del término de quince días naturales contados a partir de que se realice el **Evento** que les de origen, con excepción de cuando se requiera para alguno de los nuevos integrantes una **Suma asegurada** que exceda la **Suma asegurada Máxima Sin Requisitos**.

En caso de que el **Contratante** omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada no surtirán efecto los ingresos, cambios o modificaciones que se pretendan.

Las obligaciones contenidas en esta cláusula se modificarán en caso de que se pacte el sistema autoadministrado en términos de la cláusula 21ª.

21ª SISTEMA AUTOADMINISTRADO.

En caso de que en la carátula de la **Póliza** se haya pactado que el sistema de la **Póliza** es autoadministrado, se aplicará lo siguiente:

1. El **Contratante** se encargará de administrar la documentación e información relacionada con la **Póliza** de seguro colectivo.
2. El **Contratante** se encuentra obligado a hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento de Seguro de Grupo.
3. Los movimientos de altas y bajas tendrán que reportarse a la **Compañía**, en el plazo que se estipule en la carátula, estando obligado el propio **Contratante** a llevar un registro de dichos movimientos.
4. Para los ingresos a la colectividad posteriores a la fecha de emisión, el **Contratante** podrá registrar al Asegurado en la **Póliza** informándolo hasta el fin del periodo a reportar, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: que el prospecto de **Asegurado** requiriese el **Consentimiento** al ingresar a la colectividad; que la **Suma asegurada** cumpla con la regla establecida en la carátula de la **Póliza** y no exceda el límite máximo (según sea el caso), mencionado en la carátula de la **Póliza**; que el prospecto de **Asegurado** cumpla con los límites de edad mínimos y máximos para las coberturas contratadas. .
5. La **Compañía** tendrá acceso, en todo momento, a la información y documentación manejada por el **Contratante** en relación con la Administración de la **Póliza** a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el **Reglamento de Seguro de Grupo**, así como con los

requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros.

22ª COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

La **Compañía** tendrá el derecho de exigir al **Contratante**, Asegurado y/o **Beneficiario** toda clase de información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que el Asegurado y/o **Beneficiario** deben proporcionar a la **Compañía**, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación del siniestro.

Las obligaciones de la **Compañía** quedarán extinguidas si demuestra que el **Contratante**, Asegurado y/o **Beneficiario** o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación o información de que trata el párrafo anterior.

23ª INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la **Compañía**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al **Beneficiario**, un interés de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

24ª VIGENCIA.

La **Vigencia** de la **Póliza** se inicia y concluye a las 12.00 hrs (mediodía) de las fechas especificadas como inicio y conclusión de **Vigencia** en la carátula de la **Póliza**.

25ª PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento, en dos años en los demás casos, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen; salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro y por las que establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

26ª MONEDA.

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta **Póliza**, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago. Las **Pólizas** emitidas en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica se pagarán e indemnizarán en su equivalente en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

27ª COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, por escrito o por cualquier otro medio, en la Unidad Especializada de la **Compañía** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

28ª COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS. (CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y FIANZAS, TITULO 4, CAPÍTULO 4.5, DISPOSICIÓN 4.5.2.)

Durante la vigencia de la **Póliza** el **Contratante** podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

29ª. CAUSAS DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.

Las obligaciones de La **Compañía** quedarán extinguidas:

1. Si el Asegurado, el **Beneficiario** o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran, en relación con el **Siniestro**, inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
2. Si con igual propósito no entregan en tiempo a La **Compañía**, la documentación de que trata la cláusula de Procedimiento para el caso de **Siniestro** de esta **Póliza**.
3. Si hubiere en el **Siniestro** actos dolosos o **culpa grave** del **Asegurado**, **Beneficiarios** o sus respectivos Causahabientes.

30ª. LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN.

La **Compañía** hará el pago de la indemnización, en caso de ser procedente, en sus oficinas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

31ª. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

Este seguro podrá ser cancelado por el **Contratante** cuando lo solicite por escrito a la **Compañía**.

La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En este caso la **Compañía** devolverá al **Asegurado**, por conducto del **Contratante** y dentro de un plazo máximo de 15 días hábiles posteriores a la fecha efectiva de cancelación, la prima no devengada correspondiente a la fecha de cancelación menos los gastos incurridos, indicando al efecto, el importe correspondiente a dicha devolución para cada integrante de la colectividad asegurada.

Cuando la **Compañía** solicite la terminación del contrato, lo hará mediante notificación escrita al **Contratante**, efectuada en forma personal en la última dirección proporcionada, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de realizada la notificación y la **Compañía** devolverá la parte de la prima en forma proporcional al tiempo de **Vigencia** no transcurrido, a más tardar al hacer la notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. Lo mismo se aplicará en caso de que la **Compañía** solicite la terminación anticipada de una o varias de las coberturas o riesgos adicionales contratados.

No obstante lo anterior, debe tomarse en consideración que los efectos de un contrato de seguro, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cesan automáticamente a las doce horas del último día del plazo de gracia concedido para su pago, sin necesidad de notificación al **Contratante** o Asegurado.

32ª. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

En cumplimiento al artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se inserta textualmente el artículo 25 del mismo ordenamiento Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones.

33ª. PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA A CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO.

En caso de que el **Contratante** haya elegido de forma voluntaria como medio de pago la domiciliación bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta bancarios se vea reflejada la retención o cargo de la **Prima** del Seguro contratado. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir a su agente de seguros o avisar directamente a La **Compañía** para reportarlo, ya que, si dentro de los treinta días naturales posteriores al vencimiento de la **Prima** no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato de Seguro.

Si después de aparecer el primer cargo en el estado de cuenta, los pagos se interrumpen por más de 30 días naturales, cualquiera que sea la causa, la **Compañía** tendrá el derecho de efectuar la terminación anticipada del Contrato o cancelación del mismo por falta de pago.

Cuando por falta de fondos no se pudiera efectuar el cargo pactado, la **Compañía** le solicitará a la institución bancaria o departamental que efectúe en el cargo del próximo periodo el cargo del pago no efectuado del periodo anterior, de no lograrse nuevamente el cargo, se efectuará la terminación anticipada del contrato o cancelación por falta de pago.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la **Póliza** en caso de no recibir el pago de la **Prima** conforme a lo estipulado en este Contrato:

- a) Cancelación del instrumento bancario no notificado a La **Compañía**;
- b) Reposición de tarjeta (s) de crédito no notificada(s) a La **Compañía**.
- c) Por rechazo bancario.
- d) Falta de fondos o crédito.
- e) Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo.

34ª. ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.

La **Compañía** se obliga a entregar la documentación contractual consistente en la **Póliza**, condiciones generales, **Endosos** y demás documentación contractual dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del seguro, de forma impresa o bien, cuando así lo elija el Contratante en el formato respectivo, a través del correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por **el mismo** al momento de la contratación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el **Contratante** no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su **Póliza** podrá acceder a las condiciones generales a través del portal de internet en el sitio web: <https://zam.zurich.com.mx>, o bien llamando al número telefónico indicado en la carátula de la **Póliza**, en cuyo caso la **Compañía** podrá entregar la documentación contractual por alguno de los siguientes medios:

1. Correo **Certificado** al domicilio registrado al momento de la contratación;
2. Acudiendo personalmente a cualquiera de las sucursales de la **Compañía**;

35ª. ARBITRAJE

Las Partes acuerdan el procedimiento arbitral para resolver controversias en caso de enfermedades preexistentes, o de cualquier otro padecimiento **Médico** relacionado con esta **Póliza**.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la **Compañía** acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, el Asegurado podrá optar por someter la cuestión al dictamen de un perito **Médico** nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días cubiertos contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la **Compañía**.

36ª. PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. , con domicilio en Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390, se compromete a tratar los datos personales de persona física (**Contratante** y/o Asegurado y/o **Beneficiario** y/o Representantes) que hayan sido recabados o que se recaben en el futuro con motivo de la celebración del presente contrato de seguro, con la finalidad de realizar la adecuada prestación de servicios y desarrollo de operaciones, lo que incluye, en general, fines de identificación, operación, administración y comercialización, los cuales se indican con más amplitud en el Aviso de Privacidad completo localizado en la página de Internet <https://zam.zurich.com.mx>. El **Contratante** y/o Asegurado, con la celebración del contrato de seguro, autoriza a Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., a administrar sus datos personales y a transferir los mismos a terceros nacionales o extranjeros, exclusivamente para los propósitos anteriormente mencionados, en el entendido de que los datos de carácter sensible requieren consentimiento por escrito. El Titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación reconocidos en la legislación sobre protección de datos, mediante solicitud presentada en la dirección de correo electrónico atencionclientes@zurich.com o bien en el domicilio de La **Compañía**.

En caso de que los datos personales hayan sido proporcionados por persona distinta del Titular de los mismos, el **Contratante** se obliga a informar al Titular las finalidades del tratamiento antes indicadas, y que puede ejercitar ante La **Compañía**. los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación, lo anterior independientemente de las medidas compensatorias que, de conformidad con la legislación aplicable, deba instrumentar Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

37ª. CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realicen o se relacionen con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 al 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en una lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos anteriormente citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros. En su caso, las obligaciones de El Contrato de Seguro serán restauradas una vez La Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) **Contratante(s)**, Asegurado(s) o **Beneficiario(s)** deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

38ª. ARTÍCULOS TRANSCRITOS

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Artículo 19.- Para fines de prueba, el Contrato de Seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del **Siniestro**, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros **Beneficiarios** se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o **Beneficiario** toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el **Siniestro** y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la

Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

SECCIÓN 6. QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO

En caso de **Siniestro**, se procederá conforme a lo indicado en la presente sección.

AVISO DE SINIESTRO

Al ocurrir algún **Siniestro** que pudiera dar lugar a indemnización conforme a este contrato de seguro, tan pronto como el Asegurado o el **Beneficiario**, en su caso, tengan conocimiento de la realización del **Siniestro** y del derecho constituido a su favor por este contrato y dentro de un plazo no mayor a 5 días, deberán ponerlo en conocimiento de la **Compañía**, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en que el Asegurado o el **Beneficiario**, podrá comunicarlo a la **Compañía** tan pronto desaparezca el impedimento. Cuando el Asegurado o el **Beneficiario** no cumplan con la obligación anterior, la **Compañía** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Pago de reclamaciones

Las indemnizaciones procedentes se pagarán de acuerdo a las condiciones generales y coberturas de la **Póliza** a la fecha de ocurrencia del siniestro, una vez presentada la documentación necesaria para la acreditación de la procedencia del mismo.

Para efectos de esta **Póliza** los pagos de los **Beneficios** por los que la **Compañía** se hará responsable serán aquellos que tenga contratado cada Asegurado.

Los documentos que deberá presentar el **Asegurado** o **Beneficiario** al presentar su reclamación a la **Compañía** son:

Para la cobertura de Responsabilidad Civil:

Documento	Personas	Bienes
Certificado Individual	X	X
Carta reclamación del Asegurado a la Compañía	X	X
Carta reclamación del afectado al Asegurado.	X	X
Factura y/o presupuesto de reclamación		X
Informe médico	X	
Estudios y/o análisis médicos	X	
Facturas y/o comprobantes de gastos médicos	X	
Finiquito tercero afectado	X	X

Para la cobertura de daños al **Vehículo asegurado**:

Documento	Daño al vehículo asegurado
Certificado individual	X
Comprobante de pago de la póliza	X
Foto de pieza a reparar	X
Informe de daño total	X
Carta reclamación del Asegurado a la Compañía	X

Para la cobertura de muerte accidental al conductor:

Documento	Muerte accidental al conductor
Carta reclamación de Beneficiarios	X
Comprobante de pago de la póliza	X
Copia de acta de averiguación previa	X
Identificación oficial vigente del asegurado o acta de nacimiento en caso de no contar con la identificación.	X
Declaración de beneficiarios firmada por el asegurado	X

Para la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente del conductor:

Documento	Reembolso de gastos médicos al conductor
Aviso de Accidente o Enfermedad (proporcionado por la Compañía)	X
Informe médico	X
Formato de reembolso de gastos médicos (proporcionado por la Compañía)	X
Estudios y/o análisis médicos	X
Recetas médicas	X
Facturas y/o comprobantes de gastos médicos	X

En el caso de no proceder la indemnización, la **Compañía** lo hará saber al reclamante por escrito explicando las razones de esta situación.

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización reclamada. No opera para los seguros a prima única.

La **Compañía** se reserva el derecho de realizar todas las indagaciones o investigaciones relacionadas que considere pertinentes para determinar las circunstancias de su realización y consecuencias, con el objeto de determinar si es procedente el pago de la indemnización. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, La **Compañía** podrá solicitar documentación adicional de conformidad con lo previsto en el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



Zurich Aseguradora Mexicana 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 18 de enero de 2023 con número PPAQ-S0037-0013-2023/CONDUSEF-005703-01.

La documentación y abreviaturas contenidas en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en <https://zam.zurich.com.mx>. Para cualquier aclaración o duda relacionado con el seguro, contacte a la UNE de Atención a Usuarios al 01-800-227-2722 o al correo **[se edita para colocar la dirección autorizada]**. Los procedimientos para cancelación de **Póliza** o que hacer en caso de **Siniestros** pueden ser consultados en nuestra página web antes referida.

SECCIÓN 7. DOCUMENTOS ADICIONALES

Derechos básicos como contratante, asegurado y/o beneficiario de un Seguro.

¿Sabes cuáles son tus derechos antes y durante la contratación del Seguro?

- ❖ Solicitar a los Agentes de Seguros intermediarios del contrato o a empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la **identificación** que los acredite como tales.
- ❖ Solicitar a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V te informe el **porcentaje de la prima** que por concepto de **comisión** o compensación directa, corresponda al Agente o a las personas morales a que se refiere la fracción II del artículo 103 de la LISF.
- ❖ Recibir toda la información que te permita conocer **las condiciones generales** del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como las formas de terminación del contrato.
- ❖ Evitar que, en los seguros de **accidentes y enfermedades** en que el solicitante se haya sometido a examen médico, se aplique la cláusula de preexistencia respecto de la enfermedad o padecimiento relacionado con el tipo de examen aplicado.

¿Sabes cuáles son tus derechos cuando ocurra un siniestro?

- ❖ Recibir el **pago de la indemnización** que resulte procedente, en función de la suma asegurada contratada y de los términos y condiciones de la póliza, aun cuando no se haya pagado la prima de seguro, siempre y cuando el siniestro ocurra dentro del periodo de gracia concedido en el contrato de seguro. En este caso, Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V podrá descontar la prima de la indemnización que corresponda efectuar.
- ❖ Saber que, en los seguros de daños, toda indemnización efectuada por Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V, reduce en igual cantidad la suma asegurada.
- ❖ Cobrar una **indemnización por mora** en caso de que Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

- ❖ Presentar, en caso de inconformidad con el tratamiento del siniestro, **una reclamación** por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE) de Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V, o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales; en este caso, el quejoso podrá solicitar a la CONDUSEF la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

UNIDAD ESPECIALIZADA (UNE) DE ZURICH ASEGURADORA MEXICANA S.A. DE C.V.	
Domicilio Oficina Matriz	Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20 Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390.
Teléfono:	Tel. 55 5284 1103 y 800 0800 009
Horario de atención:	9:00 a 17:30 horas
Correo Electrónico	unidad.especializada@mx.zurich.com
Página Web	https://zam.zurich.com.mx/
El Asegurado podrá presentar su solicitud de aclaración o queja en el domicilio de la institución de seguros o bien, en la UNE, mediante escrito, correo electrónico o cualquier otro medio por el que se pueda comprobar fehacientemente su recepción. En todos los casos la institución de seguros estará obligada a acusar de recibo de dicha solicitud	

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 18 de enero de 2023 con número PPAQ-S0037-0013-2023/CONDUSEF-005703-01.

AVISO DE PRIVACIDAD

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V. con domicilio en Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390, hace de su conocimiento que sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos (11), quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse (V) en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y a terceros, nacionales o extranjeros (36).

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad (111). El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición (IV) - a partir del 6 de enero de 2012- (Cuarto Transitorio) Y la revocación del consentimiento (8) deberá realizarse por escrito en la dirección citada, o a través de la página <https://zam.zurich.com.mx>. El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página <https://zam.zurich.com.mx>, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted (VI).

NOTA: Las referencias en números romanos se refieren a las fracciones del Artículo 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

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 18 de enero de 2023 con número PPAQ-S0037-0013-2023/CONDUSEF-005703-01.

DATOS DE LA CONDUSEF	
Domicilio de Oficinas Centrales	Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100
Teléfono:	(55) 5448 7000
Teléfonos Interior de la República	01 800 999 8080
Página Web	www.condusef.gob.mx

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS "UNE" ZURICH ASEGURADORA MEXICANA S.A. DE C.V.	
Domicilio Oficina Matriz	Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Boulevard Manuel Avila Camacho No. 5, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390
Teléfono:	Tel. 01 55 5284 1000 y 01 55 5284 1103
Horario de atención:	9:00 a 17:00 horas
Correo Electrónico	unidad.especializada@mx.zurich.com
Página Web	https://zam.zurich.com.mx
El Asegurado podrá presentar su solicitud de aclaración o queja en el domicilio de la institución de seguros o bien, en la UNE, mediante escrito, correo electrónico o cualquier otro medio por el que se pueda comprobar fehacientemente su recepción. En todos los casos la institución de seguros estará obligada a acusar de recibo de dicha solicitud	

REFERENCIAS	
Los preceptos legales mencionados en la presente Póliza , en su caso, pueden ser consultados en:	https://zam.zurich.com.mx .
Las abreviaturas de uso no común mencionadas en la presente Póliza , en su caso, pueden ser consultados en:	

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 18 de enero de 2023 con número PPAQ-S0037-0013-2023/CONDUSEF-005703-01.

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que desee recibir la documentación de su seguro por medio de correo electrónico y de conformidad a lo dispuesto en la Cláusula “Entrega electrónica de Documentación Contractual” de las Condiciones Generales que amparan el producto contratado, solicitamos confirmar la autorización:

Si

No

Autorizo el envío de la documentación contractual por medio de:

Cuenta de correo electrónico:

WhatsApp:

Nombre del Asegurado/Contratante: _____.

Firma Asegurado/Contratante: _____

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 18 de enero de 2023 con número PPAQ-S0037-0013-2023/CONDUSEF-005703-01.

Consentimiento expreso de uso y transferencia de datos sensibles y financieros

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V.

Atención: Oficial de Seguridad de la Información.

ASUNTO: Se notifica consentimiento.

Estimados Señores:

Por éste medio expreso mi consentimiento para que mis datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados con motivo de la relación jurídica que celebramos sean tratados para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que acepto la transferencia que pudiera realizarse en su caso a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y a Terceros, Nacionales o Extranjeros.

Asimismo, manifiesto que se ha hecho de mi conocimiento y he comprendido el aviso de privacidad que esa empresa tiene publicado en su página de Internet identificada como <https://zam.zurich.com.mx>.

Lo anterior para su conocimiento y para los efectos legales que así convengan.

Sin más por el momento.

Atentamente

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

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 18 de enero de 2023 con número PPAQ-S0037-0013-2023/CONDUSEF-005703-01.