



# Vida Ahorro Creciente

## Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-007278-01

En Zurich aseguramos tu vida, auto, hogar y mucho más.

## ÍNDICE

1.	DEFINICIONES .....	5
1.1.	Accidente .....	5
1.2.	Asegurado .....	5
1.3.	Beneficiario por Fallecimiento .....	5
1.4.	Carátula de póliza .....	5
1.5.	CNSF .....	5
1.6.	Contratante .....	5
1.7.	Contrato de Seguro o Contrato .....	5
1.8.	Costo del Seguro .....	5
1.9.	Costos Administrativos .....	5
1.10.	Deducciones Mensuales .....	6
1.11.	Endoso .....	6
1.12.	Enfermedad .....	6
1.13.	Extraprima .....	6
1.14.	Fondo de Supervivencia .....	6
1.15.	Horario .....	6
1.16.	La Compañía .....	6
1.17.	LISR .....	6
1.18.	Médico .....	6
1.19.	Mes Póliza .....	7
1.20.	Monto Mínimo para Primas .....	7
1.21.	Padecimiento o Enfermedad Preexistente .....	7
1.22.	Periodo de Espera .....	7
1.23.	Periodo de Descanso .....	7
1.24.	Prima .....	7
1.25.	Prima de Ahorro Adicional .....	7
1.26.	Prima Planeada .....	7
1.27.	Rendimientos .....	7
1.28.	Reserva matemática .....	7
1.29.	Solicitud de Seguro .....	7
1.30.	Suma Asegurada .....	8
1.31.	Suma Asegurada por Supervivencia .....	8
2.	OBJETIVO DEL PLAN .....	8
3.	COBERTURAS BÁSICAS .....	8

4.	COBERTURA POR FALLECIMIENTO.....	8
5.	COBERTURA POR SUPERVIVENCIA .....	8
5.1	Descripción.....	8
5.2	Disposición Fiscal.....	9
5.3	Monto mínimo para Primas .....	9
5.4	Alternativas de Inversión para el Fondo de Supervivencia .....	9
5.4.1	Distribución entre Alternativas de Inversión .....	9
5.4.2	Valuación de las Alternativas de Inversión .....	10
5.4.3	Rescate Total .....	10
5.4.4	Retiros Parciales .....	11
5.4.5	Trasposos.....	11
5.4.6	Costos de la Póliza.....	11
5.4.7	Estados de Cuenta .....	12
6.	COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO ADICIONAL .....	12
6.1	Enfermedades Graves .....	12
6.1.1	Infarto al miocardio.....	13
6.1.2	Infarto y/o hemorragia cerebral .....	13
6.1.3	Cirugía coronaria.....	14
6.1.4	Insuficiencia renal crónica .....	15
6.1.5	Parálisis de las extremidades.....	15
6.1.6	Trasplante de un órgano vital.....	15
6.1.7	Esclerosis múltiple.....	16
6.1.8	Distrofia muscular.....	16
6.2	Muerte Accidental (MA).....	18
6.3	Pérdidas Orgánicas .....	19
6.4	Invalidez Total y Permanente.....	21
6.5	Exención de Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente.....	22
7.	CLÁUSULAS GENERALES .....	24
7.1	Contrato de Seguro .....	24
7.2	Rectificación de la Póliza .....	24
7.3	Modificaciones al Contrato .....	24
7.4	Vigencia.....	24
7.5	Terminación del Contrato .....	24
7.6	Suicidio .....	25
7.7	Comunicaciones y/o Notificaciones.....	25
7.8	Notificación de cúmulos .....	25
7.9	No Rehabilitación .....	25
7.10	Omisiones o inexactas declaraciones.....	25
7.11	Disputabilidad .....	26
7.12	Prescripción.....	26

7.13	Edad .....	26
7.14	Beneficiarios por fallecimiento.....	27
7.15	Notificación del siniestro y Pago de reclamaciones .....	28
7.16	Interés Moratorio .....	31
7.17	Moneda.....	32
7.18	Prima .....	33
7.19	Período de gracia para el pago de Primas.....	33
7.20	Periodo de descanso.....	33
7.21	Revaluación de prima.....	33
7.22	Competencia .....	34
7.23	Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas .....	34
7.24	Entrega de Documentación Contractual .....	34
7.25	Entrega electrónica de Documentación Contractual.....	35
7.26	Cláusula Residencia.....	35
7.27	Aviso de privacidad .....	35
7.28	Agravación de Riesgo .....	35
7.29	De Sanciones .....	37
7.30	Operaciones y servicios por medios electrónicos .....	37
7.31	Marco Legal.....	37

## 1. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se considerarán las siguientes definiciones:

### 1.1. Accidente

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales a la persona del Asegurado o su fallecimiento. El fallecimiento o las lesiones deben ocurrir dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente.

**No se considerará como Accidente las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.**

### 1.2. Asegurado

Es la persona física amparada en este Contrato por las coberturas indicadas en la Carátula de la Póliza.

### 1.3. Beneficiario por Fallecimiento

Persona o personas que, por designación del Asegurado tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada por Fallecimiento contratada y el Fondo de Supervivencia en su proporción correspondiente.

### 1.4. Carátula de póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

### 1.5. CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### 1.6. Contratante

Es la persona física con la que se celebra este Contrato de Seguro y que será responsable de pagar las Primas correspondientes a los beneficios contratados, es decir, el proveedor de recursos.

### 1.7. Contrato de Seguro o Contrato

Significa el contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, integrado por los siguientes documentos:

- Estas condiciones generales;
- La solicitud de seguro;
- La carátula de la póliza;
- Los Endosos que en su caso se agreguen;
- La Tabla de Costos, y;
- El Folleto de derechos básicos del Asegurado, Contratante y/o Beneficiarios

Todos aquellos documentos entregados por la Compañía.

### 1.8. Costo del Seguro

Es el importe correspondiente al riesgo asumido por la Compañía para otorgar la cobertura de fallecimiento y las coberturas adicionales contratadas según se indique en la carátula de la póliza; este costo se deduce mensualmente del Fondo de Supervivencia mientras la póliza permanezca vigente.

### 1.9. Costos Administrativos

Son los cargos asociados a la administración e intermediación de la póliza, determinados con base en la nota técnica registrada ante la CNSF. Estos costos comprenden:

- **Cargo Inicial:** Deducción única aplicada a la Prima Planeada al inicio de la vigencia de la póliza.
- **Cargo sobre Prima Regular:** Porcentaje que se deduce de la Prima Planeada cada vez que esta es pagada. El porcentaje aplicable se indica en la carátula de la póliza.
- **Cargo sobre Prima de Ahorro Adicional:** Porcentaje que se deduce de la Prima de Ahorro Adicional cada vez que esta es pagada. El porcentaje aplicable se indica en la carátula de la póliza.

- **Cargo Fijo:** Monto fijo que se deduce mensualmente del Fondo de Supervivencia. Este cargo se actualiza anualmente con base en el índice inflacionario en el aniversario de la póliza.
- **Cargo sobre Fondo:** Porcentaje aplicado mensualmente sobre el saldo del Fondo de Supervivencia. Este porcentaje se indica en la carátula de la póliza.

**1.10. Deducciones Mensuales**

Son los cargos mensuales por concepto de Costo del Seguro y los Costos Administrativos que en su caso apliquen y que se deducen del Fondo de Supervivencia para mantener la póliza en vigor. Estas deducciones se aplicarán siempre que dicho Fondo menos los cargos por rescate sean suficientes para cubrirlos. En caso contrario, la póliza se cancelará conforme a lo establecido en la cláusula correspondiente de las condiciones generales.

**1.11. Endoso**

Documento emitido por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales de la Póliza, dicho endoso deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**1.12. 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. Son materia de este Contrato, **sólo las enfermedades que se manifiesten 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia** indicada en la póliza y/o endoso y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Para Enfermedades Graves aplica el periodo de espera de 90 (noventa) días prevaleciendo sobre el plazo general.

**1.13. Extraprima**

Se entenderá como la cantidad que determina el área de selección de riesgos de la Compañía, de acuerdo con la agravación médica u ocupacional del riesgo del Asegurado. La extraprima se encuentra incluida en el monto de la Prima, la cual se especifica en la Carátula de la Póliza de cada contrato de seguro.

**1.14. Fondo de Supervivencia**

Se entenderá por Fondo de Supervivencia el constituido dentro de la cobertura de Supervivencia con la Prima planeada y Primas de Ahorro Adicionales que pague el Contratante descontando el costo de las coberturas contratadas (Costo del seguro), así como el resto de los Costos Administrativos y afectándola con los rendimientos acreditados, Retiros y Traspasos realizados.

**1.15. Horario**

Corresponderá a la hora hasta la cual podrán llevarse a cabo los movimientos mencionados en las presentes Condiciones Generales. Dicho Horario se hará constar en los formatos proporcionados por la Compañía para dichos movimientos.

**1.16. La Compañía**

**Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.**, es La Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de cubrir los riesgos y pagar las indemnizaciones relativas a este Contrato, denominada de aquí en adelante como La Compañía o Zurich México.

**1.17. LISR**

Ley del Impuesto Sobre la Renta.

**1.18. Médico**

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

**1.19. Mes Póliza**

Se considera Mes Póliza, al periodo comprendido entre el día del mes que coincida con el día del mes en el que fue emitida la póliza y ese mismo día del mes siguiente.

**1.20. Monto Mínimo para Primas**

Es la cantidad mínima que el Asegurado debe aportar al Fondo de Supervivencia para que éste subsista.

**1.21. Padecimiento o Enfermedad Preexistente**

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro.

La existencia de una Enfermedad Preexistente podrá demostrarse, mediante alguno de los siguientes supuestos:

- a) Cuya existencia haya sido declarada por el Contratante al momento de la celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- b) Que en un expediente médico se determine la existencia de la Enfermedad con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro, y/o;
- c) Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- d) Que existan gastos documentados y comprobables para recibir un diagnóstico o Tratamiento de la Enfermedad de la que se trate.

**1.22. Periodo de Espera**

Lapso de tiempo que debe transcurrir en forma ininterrumpida a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, con el fin de que ciertos riesgos sean cubiertos.

**1.23. Periodo de Descanso**

Solicitud que puede hacer el Contratante a partir del segundo año de vigencia mediante el cual se solicita que se pause el cobro de la prima durante un periodo de 12 (doce) meses consecutivos. En ese periodo el Contratante no estará obligado al pago de la Prima, sin embargo, durante ese periodo sí seguirán realizando las Deducciones Mensuales del Fondo de Supervivencia.

**1.24. Prima**

A cualquier cantidad que el Contratante pague con el fin de cubrir el costo de las coberturas de seguro contratadas, o bien de incrementar la cobertura de Supervivencia.

**1.25. Prima de Ahorro Adicional**

Corresponde a los pagos voluntarios realizados por el Asegurado, adicionales a la prima de ahorro planeada, con el objetivo de incrementar el beneficio por supervivencia. Esta prima puede aportarse en cualquier momento durante la vigencia del contrato.

**1.26. Prima Planeada**

Es la prima base estipulada en la carátula de la póliza al inicio de la vigencia, que el Asegurado se compromete a pagar durante el plazo contratado. Esta prima tiene como objetivo constituir e incrementar el Fondo de Supervivencia.

**1.27. Rendimientos**

Ganancia o beneficio que el Asegurado recibe al final de un periodo determinado, de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

**1.28. Reserva matemática**

Importe del ahorro acumulado en una póliza de seguro de vida. Refleja los derechos económicos consolidados que el Contratante posee como consecuencia de las primas pagadas.

**1.29. Solicitud de Seguro**

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la

protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y/o Asegurado.

### 1.30. Suma Asegurada

Es la cantidad que La Compañía pagará al Asegurado, en caso de afectar la cobertura de Pérdidas Orgánicas, Invalidez Total y Permanente y Enfermedades Graves y a los Beneficiarios por Fallecimiento y/o Muerte Accidental, en caso de procedencia del Sinistro.

### 1.31. Suma Asegurada por Supervivencia

Cantidad que La Compañía pagará al Asegurado, en caso de que éste sobreviva al plazo indicado para la cobertura por supervivencia. Estará determinada, por el saldo del Fondo de Supervivencia a la fecha de fin de la vigencia de la cobertura.

## PRELIMINAR

**La Compañía y el Contratante han convenido que las coberturas contratadas serán las que aparecen en la carátula de la Póliza, con el alcance y los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales. En consecuencia, las coberturas que no se señalan como amparadas en dicha carátula de la Póliza, no tendrán validez ni eficacia entre las partes, aun cuando se consignan y regulan en estas Condiciones Generales.**

## 2. OBJETIVO DEL PLAN

El objetivo es otorgar al Asegurado, a través de un seguro de vida temporal protección por fallecimiento, y con opción de contratar las coberturas de Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Invalidez Total y Permanente, Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente y Enfermedades Graves, al mismo tiempo ofrecerle un mecanismo de protección para que genere ahorro con aportaciones previamente programadas quedando establecidas en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado contará con una cobertura de supervivencia a través de un plan de ahorro no deducible sujeto a los beneficios fiscales del Artículo 93 fracción XXI de la LISR o que en su caso la sustituya, aplicables de acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes al momento del pago de la suma asegurada.

## 3. COBERTURAS BÁSICAS

Las Coberturas Básicas que forman parte de la presente póliza son:

- Cobertura de Fallecimiento.
- Cobertura por Supervivencia.

## 4. COBERTURA POR FALLECIMIENTO

La Compañía pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada por Fallecimiento especificada en la carátula de la Póliza, siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra durante la vigencia del Contrato de Seguro. El saldo existente a la fecha de la reclamación en el Fondo de Supervivencia, descontando los costos del seguro pendientes de deducción del aniversario en curso, también formará parte de la indemnización en caso de fallecimiento.

La vigencia de esta cobertura será la indicada en la carátula de la póliza.

**Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, los efectos del presente contrato cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.**

## 5. COBERTURA POR SUPERVIVENCIA

### 5.1 Descripción

En caso de que el Asegurado llegue con vida al fin de la vigencia estipulado en la Carátula de la póliza de esta cobertura, La Compañía pagará el saldo del Fondo de Supervivencia.

**Con el pago de la cobertura de Supervivencia al Asegurado, los efectos del presente**

**contrato cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.**

## **5.2 Disposición Fiscal**

**Disposiciones Fiscales vigentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza aplicables a Seguros por Supervivencia sujetos al Artículo 93 fracción XXI de la LISR.**

“Artículo 93. No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:

...

XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo. Tratándose de seguros en los que el riesgo amparado sea la supervivencia del asegurado, no se pagará el impuesto sobre la renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la prima sea pagada por el asegurado.”

Las disposiciones fiscales anteriores se ajustarán de acuerdo con los cambios que se puedan presentar en la LISR y su reglamento respectivo.

**Los pagos que La Compañía realice al Asegurado por concepto de retiros, rescate de póliza o pago de suma asegurada, y en el caso de los beneficiarios, el pago de suma asegurada, causarán en su caso los impuestos de conformidad con las disposiciones legales fiscales que se encuentren en vigor en el momento en que se efectúe el pago.**

**Los efectos fiscales que se señalan en el presente contrato se fundamentan en las disposiciones aplicables en México, vigentes a la fecha de contratación del presente seguro, mismas que pueden ser modificadas o derogadas en cualquier momento, de tal forma que pueden afectar o variar el régimen fiscal aplicable y se aplicarán las que las sustituyan.**

## **5.3 Monto mínimo para Primas**

Aplicará un monto mínimo para la Prima Planeada, así como para las Primas de Ahorro Adicionales, los cuales serán determinados por La Compañía al momento de la emisión de la póliza.

## **5.4 Alternativas de Inversión para el Fondo de Supervivencia**

### **5.4.1 Distribución entre Alternativas de Inversión**

Para el Fondo de Supervivencia, La Compañía pondrá a disposición del Asegurado, al momento de la contratación de la Póliza, diferentes Alternativas de Inversión, para que él mismo elija, y designe la distribución de sus Primas entre dichas Alternativas de Inversión.

La distribución entre Alternativas de Inversión seleccionada se considerará aplicable para todas las Primas recibidas (Prima Planeada y Primas de Ahorro Adicionales) a partir de que dicha distribución se haga constar como parte de la Póliza.

El Asegurado podrá modificar la distribución elegida, mediante comunicación que por escrito el Asegurado haga llegar a La Compañía durante el Horario permitido. Cualquier cambio en la distribución de las Alternativas de Inversión se hará constar vía un Endoso.

La Compañía podrá ofrecer a lo largo de la vigencia de la Póliza, nuevas Alternativas de Inversión, las cuales las hará del conocimiento del Asegurado.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, La Compañía invertirá el Fondo de Supervivencia, de acuerdo con la distribución entre Alternativas de Inversión seleccionada por el Asegurado.

Lo anterior implica que cuando ingresa la Prima se tomará su valor en pesos y se convertirán a unidades de acuerdo con el valor de la unidad de cada Alternativa de Inversión al momento en que se procese la solicitud correspondiente. Asimismo, los rendimientos de las Alternativas de Inversión en las que se encuentra invertido el Fondo de Supervivencia, será el resultado del cambio del valor de la unidad de un periodo a otro.

El procedimiento para la revaluación del valor de la unidad de cada Alternativa de Inversión se determinará en forma diaria por La Compañía de acuerdo con el procedimiento registrado ante la CNSF en la Nota Técnica correspondiente.

Se considerará el valor de la unidad calculado al momento en que se procese la solicitud correspondiente.

**El rendimiento acreditable al Fondo de Supervivencia se verá modificado de acuerdo con las fluctuaciones del mercado financiero y no existirá una garantía sobre el saldo final pudiéndose dar el caso de minusvalías por efecto del comportamiento del mercado.**

#### 5.4.2 Valuación de las Alternativas de Inversión

**Los rendimientos generados en las diferentes Alternativas de Inversión pueden ser positivos o negativos, ya que serán el resultado de las fluctuaciones de mercado de los instrumentos que la compongan, por lo que La Compañía no asume ninguna responsabilidad frente al Asegurado por los rendimientos obtenidos de las diferentes Alternativas de Inversión seleccionadas.**

Como lo mencionado en la Cláusula Distribución entre Alternativas de Inversión, el Fondo de Supervivencia estará expresado en unidades, por lo que el valor en pesos de cada una de las Alternativas de Inversión en las que se encuentre invertido se obtendrá convirtiendo su valor en unidades de acuerdo con el valor de la unidad a la fecha de cálculo.

Las Alternativas de Inversión no incluirán en ningún caso instrumentos de inversión no permitidos para la inversión del **Fondo de Supervivencia** de las Aseguradoras, cuidando que en todo momento se cumpla con los límites permitidos para cada Alternativa de Inversión y con cualquier otro límite establecido por la regulación para la inversión de las Reservas.

Asimismo La Compañía a su discreción o en caso de exceder los límites permitidos en las reglas de inversión del Fondo de Supervivencia a las que están sujetas las compañías de seguros, pero siempre cuidando en todo momento los derechos y beneficios del Asegurado, podrá suspender en forma temporal o en forma permanente alguna(s) Alternativa(s) de Rendimiento, ya sea en lo que respecta a la recepción de nuevas Primas o transfiriendo los recursos de la Alternativa de Inversión suspendida a otra Alternativa de Inversión. **En este último caso, La Compañía solicitará al Asegurado instrucciones sobre a qué Alternativa(s) de Inversión efectuar la transferencia de los recursos.**

#### 5.4.3 Rescate Total

El Asegurado podrá rescatar totalmente su Póliza en cualquier momento, una vez transcurridos los primeros 90 días desde inicio de vigencia de la Póliza.

El monto por entregar al Asegurado en caso de Rescate Total será el saldo a esa fecha, del Fondo de Supervivencia en pesos menos los cargos por rescate. Al estar el Fondo de Supervivencia expresado en unidades, el valor monetario a entregar al Asegurado será el resultante de multiplicar el número de unidades que corresponda a cada Alternativa de Inversión por el valor de la unidad asociada, donde dicho valor corresponderá al del momento de la transacción. El monto resultante se liquidará en un periodo no mayor a 5 días hábiles a partir de que fue solicitado, a la cuenta bancaria designada

por el Asegurado.

Se cobrará un cargo por rescate total dependiendo del Año Póliza indicado en la Tabla de Costos de la Póliza sobre el Monto rescatado.

Los Rescates Totales estarán sujetos a las consideraciones fiscales vigentes al momento de que sean realizados. Con el pago del valor monetario equivalente al saldo del Fondo de Supervivencia al Asegurado, **los efectos del presente contrato cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.**

#### 5.4.4 Retiros Parciales

El Asegurado podrá realizar Retiros Parciales en cualquier momento, una vez transcurridos los primeros 90 días desde inicio de vigencia de la Póliza.

**Habrá un límite de Retiros Parciales por año y esto se indicará en la Carátula de la póliza. Se cobrará un cargo para cada uno dependiendo del Año Póliza indicado en la Tabla de Costos de la Póliza sobre el Monto retirado. El monto mínimo para el Retiro Parcial estará sujeto a los lineamientos vigentes de La Compañía, para el monto máximo este corresponderá al valor del Rescate al momento de la solicitud.**

Para llevar a cabo el Retiro, se convertirá el número de unidades que corresponda al monto de Retiro solicitado, de acuerdo con el valor (a la fecha en que se realice el Retiro del Fondo de Supervivencia) de la unidad correspondiente a la Alternativa de Inversión de la cual fue solicitado el Retiro Parcial. El monto resultante se liquidará en un periodo no mayor a 5 días hábiles a partir de que fue solicitado por el Contratante y haya proporcionado todos los datos bancarios requeridos para que La Compañía realice el abono de los recursos.

Los retiros Parciales estarán sujetos a las consideraciones fiscales vigentes al momento de que sean realizados.

#### 5.4.5 Traspasos

A solicitud expresa realizada por el Asegurado, se permitirán Traspasos entre las diferentes Alternativas de Inversión que formen parte del Fondo de Supervivencia.

Para efectos de llevar a cabo un Traspaso, se realizará la conversión a pesos del número de unidades correspondiente a la Alternativa de Inversión de la cual se origina el Traspaso, donde dicho valor corresponderá al momento en que se procese la solicitud correspondiente de la transacción. El monto resultante se asignará a la Alternativa de Inversión a la cual se solicitó se realice el Traspaso, de acuerdo con el valor de la unidad de dicha Alternativa. Para los efectos anteriormente mencionados, se tomará el valor de la unidad al momento de realizar el cálculo.

El monto mínimo para el Traspaso estará sujeto a los lineamientos vigentes de La Compañía, para el monto máximo este corresponderá al máximo número de unidades disponibles del Fondo del que se trate.

#### 5.4.6 Costos de la Póliza

Los Costos de la Póliza equivalen a la suma del Costo del Seguro, del Cargo de Administración de la Póliza y del Cargo por Retiro Parcial (de acuerdo con la Cláusula Retiros Parciales).

##### a) Costo del Seguro

Este costo se descontará en forma mensual del Fondo de Supervivencia. En caso de que el saldo de dicho Fondo menos los cargos por rescate sean insuficientes para cubrir el Costo del Seguro, los efectos del contrato cesarán automáticamente, de acuerdo con lo señalado en la Cláusula Periodo de Gracia para el pago de Primas.

**b) Cargo de Administración**

Corresponderá a la suma de los Cargos Porcentuales, Cargo Fijo y Cargo Inicial.

El Cargo Porcentual al Fondo de Supervivencia equivale a un porcentaje que se aplicará de manera mensual sobre el saldo del Fondo de Supervivencia. Los porcentajes anteriormente mencionados se encuentran señalados en la Tabla de Costos de la Póliza.

El Cargo Fijo por Administración equivale a una cantidad fija que se descontará en forma mensual del Fondo de Supervivencia, dicho cargo se ajustará anualmente al aniversario de la póliza de acuerdo con la inflación del último año publicada por el INEGI.

El cargo inicial de Administración equivale a una cantidad fija que se descontará de manera única al momento de emisión de la póliza.

Los costos anteriormente mencionados serán cargados al Fondo de Supervivencia.

**c) Cargo sobre Prima Planeada y/o Prima de Ahorro Adicional**

El Cargo Porcentual sobre la prima planeada y/o Prima de Ahorro Adicional equivale a un porcentaje que se aplicará sobre cada Prima Planeada y/o Prima de Ahorro Adicional conforme a la tabla de costos. Ambos porcentajes podrán diferir entre sí.

**5.4.7 Estados de Cuenta**

La Compañía enviará al Asegurado, a través del medio que el mismo haya seleccionado de entre las opciones disponibles en el formato de la Solicitud, al menos trimestralmente, un estado de cuenta, en el que se mostrarán los movimientos realizados en el periodo, desde que se generó el último reporte o estado de cuenta hasta la fecha del corte. En caso de que la entrega se realice por medios electrónicos, La Compañía, de forma adicional, al menos semestralmente lo remitirá en papel impreso al domicilio del Asegurado.

Asimismo, el Asegurado podrá solicitar en cualquier momento a La Compañía, a través de alguno de los medios permitidos la elaboración de un Estado de Cuenta por algún periodo en particular.

**6. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO ADICIONAL.**

**El Asegurado tendrá la opción para contratar Coberturas Adicionales mediante el pago de la Prima correspondiente, las cuales, en caso de estar amparadas, quedarán descritas en la Carátula de la Póliza.**

**6.1 Enfermedades Graves**

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza, si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado es diagnosticado por primera vez de alguna de las Enfermedades Graves, o en su caso sea necesario se realice algún procedimiento médico señalado en este apartado. En cada apartado en particular se detallarán las características de las enfermedades graves o procedimientos cubiertos.

**Para todas las Enfermedades Graves cubiertas existirá un Periodo de Espera de 90 (noventa) días inmediato al inicio de la vigencia de la póliza, si durante este periodo el Asegurado es diagnosticado no estará amparado.**

**El periodo de espera de la presente cobertura prevalecerá sobre el plazo general de la definición 1.12.**

Una vez que se haga efectiva la cobertura y sea pagada la indemnización por primera vez de una Enfermedad Grave cubierta, la Compañía dará por terminada la cobertura y queda liberada de todas las obligaciones relativos al mismo.

**No se cubren los diagnósticos de Enfermedades Graves, derivados de padecimientos preexistentes.**

**La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para cada cobertura, si ésta se encontrara vigente y después de haber transcurrido el Periodo de Espera contado a partir del inicio de vigencia de la póliza y le sea diagnosticada al Asegurado clínicamente por primera vez, alguna de las siguientes Enfermedades Graves:**

#### **6.1.1 Infarto al miocardio**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con infarto al miocardio; se entenderá por Infarto al miocardio, la muerte de una porción del músculo del corazón ocasionado por un inadecuado suministro de sangre al área pertinente.

Este diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un ataque cardíaco:

- Historia del dolor torácico típico;
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardíacas CPK-MB;
- Diagnóstico de elevación de la Troponina (T o I) (tomadas en las primeras 24 horas);
- Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.

#### **6.1.2 Infarto y/o hemorragia cerebral**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con infarto y/o hemorragia cerebral.

Se entenderá por Infarto y/o hemorragia cerebral, un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intracerebral o dentro del espacio subaracnoideo originadas por una deficiente circulación sanguínea, que produce secuelas neurológicas con una duración mayor a 24 horas.

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos tres (3) meses después del evento;
- Hallazgos en resonancia magnética, tomografía computarizada, Angiografía por tomografía computarizada u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un ataque solo en caso de requerirse.
- Biometría hemática (en las primeras 24 horas).

**Los siguientes padecimientos quedan excluidos:**

- 1. Episodios de isquemia transitoria;**
- 2. Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis, y enfermedades intracraneales ocupativas e infecciosas;**
- 3. Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;**
- 4. Desorden de isquemia del sistema vestibular.**

### 6.1.3 Cirugía coronaria

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez de un mal cardíaco que requiera de una Cirugía coronaria con colocación de stents. Se entenderá por Cirugía coronaria el procedimiento quirúrgico a tórax abierto (toracotomía), médicamente necesario, mediante el cual se realiza el injerto para la derivación (bypass o revascularización) de una o más arterias coronarias que se encuentran estrechadas u ocluidas, con el fin de corregir o tratar la enfermedad de las arterias coronarias y restaurar el flujo sanguíneo al músculo cardíaco.

La necesidad de la cirugía debe estar demostrada por angiografía coronaria y la realización del procedimiento debe ser confirmada por un médico especialista en cirugía cardiovascular.

No se considerarán cubiertos los procedimientos percutáneos o por cateterismo, incluyendo angioplastia, colocación de stents, aterectomía u otros procedimientos similares.

Este diagnóstico debe ser soportado por:

- Angiografía coronaria.
- Ecocardiograma.
- Electrocardiograma.
- Placa de tórax.
- Informe del médico tratante.

#### Los estudios deben ser validados por el cardiólogo intervencionista.

Padecimientos cardíacos que ameriten una cirugía coronaria con colocación de stents:

Enfermedad renal crónica, no especificada
Tronco arterioso común
Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
Discordancia de la conexión ventrículo arterial
Ventrículo con doble entrada
Discordancia de la conexión auriculoventricular
Defecto del tabique ventricular
Defecto del tabique auriculoventricular
Tetralogía de Fallot
Defecto del tabique aortopulmonar
Estenosis congénita de la válvula aórtica
Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
Estenosis mitral congénita
Insuficiencia mitral congénita
Corazón triauricular
Estenosis del infundíbulo pulmonar
Estenosis subaórtica congénita
Conducto arterioso persistente
Coartación de la aorta
Atresia de la aorta

Estenosis congénita de la vena cava
Complicación mecánica de prótesis de válvula cardiaca
Complicación mecánica de dispositivo electrónico cardiaco
Complicación mecánica de derivación de arteria coronaria e injerto valvular
Complicación mecánica de otros injertos vasculares
Complicación mecánica de catéter para diálisis vascular
Complicación mecánica de otros dispositivos e implantes cardiovasculares

**Se excluyen angiografías y otras técnicas basadas en cateterismo intraarterial, procedimientos laparoscópicos y/o procedimientos con láser.**

#### 6.1.4 Insuficiencia renal crónica

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Insuficiencia Renal Crónica. Se entenderá por insuficiencia renal crónica, como aquella falla total, crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

Para el pago de esta cobertura se deberá demostrar mediante los siguientes estudios:

- Biometría hemática.
- Química sanguínea mínima de 6 elementos.
- Examen general de orina.
- Depuración de creatinina de 24 horas.

Los tipos de insuficiencia renal aplicables para esta cobertura son los siguientes:

Insuficiencia renal terminal
Otras insuficiencias renales crónicas
Enfermedad renal crónica, no especificada

#### 6.1.5 Parálisis de las extremidades

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez con Parálisis de las Extremidades. Se entenderá por Parálisis de las extremidades, como la completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

Para el pago de esta cobertura se deberá demostrar con el diagnóstico emitido por un médico neurólogo.

#### 6.1.6 Trasplante de un órgano vital

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado requiera del trasplante de alguno de los órganos vitales señalados en esta cobertura y cuyo daño o deterioro sea diagnosticado dentro de la vigencia del certificado y una vez transcurrido el periodo de espera correspondiente. Se entenderá por Trasplante de un órgano vital, como el procedimiento médico en el que el Asegurado es receptor a una cirugía de trasplante de uno de los siguientes órganos humanos vitales:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado

- Riñón
- Páncreas
- Médula ósea, la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de medula ósea.

Para el pago de esta cobertura se deberá demostrar a la Compañía, la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

#### 6.1.7 Esclerosis múltiple

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez, dentro de la vigencia de la póliza y una vez transcurrido el periodo de espera correspondiente, con Esclerosis Múltiple. Se entenderá por Esclerosis múltiple, como la enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por zonas de desmielinización en el cerebro, ocasionando parestesias en una o más extremidades en el tronco, debilidad o paraplejia de piernas, brazos, parálisis del nervio óptico o deficiencias en el control vesical.

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- Investigaciones que inequívocamente confirman el diagnóstico para ser esclerosis múltiple;
- Pérdidas neurológicas múltiples que ocurrieron en un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses;
- Historia médica documentada de exacerbaciones y remisiones donde se señale los síntomas o pérdidas neurológicas.
- Estudios de imagen que confirmen en diagnóstico.

**Se excluyen otras causas de daño neurológico como Lupus Eritematoso Sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.**

#### 6.1.8 Distrofia muscular

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez, dentro de la vigencia del seguro y una vez transcurrido el periodo de espera correspondiente, con Distrofia Muscular. Se entenderá por Distrofia Muscular como, un grupo de enfermedades hereditarias degenerativas del músculo caracterizado por la debilidad y atrofia de músculo de manera irreversible.

Para el pago de esta cobertura se deberá demostrar a la Compañía, el diagnóstico de distrofia muscular debe ser inequívoco y ser realizado por un neurólogo.

La condición es tener como consecuencia la incapacidad de la vida del Asegurado para realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) "Actividades Cotidianas" por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades Cotidianas:

- (i) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
- (ii) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- (iii) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- (iv) Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- (v) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;

- (vi) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

### Exclusiones para la cobertura de Enfermedades Graves

a) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

1. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
2. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
3. 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.

b) No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro directo de la familia (Padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos, abuelos) del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado, sin importar si la persona es un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

c) Enfermedades que no sean las enunciadas dentro de la cobertura, como eventos cubiertos de acuerdo con su definición.

d) Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, o de enfermedades desarrolladas a consecuencia de accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).

e) Enfermedades desarrolladas por accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.

f) Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

g) Enfermedades que se detecten si el asegurado presente síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

- h) Enfermedades congénitas.
- i) Radiaciones atómicas.
- j) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina

**Los límites de edad de aceptación fijados por la Compañía para esta cobertura se encuentran estipulados en la Cláusula 7.13 Edad.**

## **6.2 Muerte Accidental (MA)**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura señalada en la carátula de la Póliza a los Beneficiarios designados, si durante la vigencia de la misma, el Asegurado fallece como consecuencia directa de un Accidente dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de dicho suceso.

**Una vez pagada la indemnización por Muerte Accidental correspondiente, los efectos del presente contrato cesan de manera automática y La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas a esa póliza.**

### **Exclusiones para la cobertura de Muerte Accidental**

**Estos beneficios no se concederán cuando la Muerte se deba a:**

- a) Suicidio o cualquier intento de este, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.
- c) Infecciones que no provengan de accidentes.
- d) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.
- e) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
- f) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- g) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.
- i) Accidentes que ocurren durante la participación directa del asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- j) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- k) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando

- actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, rapel, box, vuelos delta, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- l) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.
  - m) Radiaciones atómicas.
  - n) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, así como los que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado.
  - o) Envenenamiento, excepto cuando se derive de un accidente.
  - p) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

**Los límites de edad de aceptación fijados por la Compañía para esta cobertura se encuentran estipulados en la Cláusula 7.13 Edad.**

### 6.3 Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará la suma asegurada o un porcentaje de ella al Asegurado, si éste sufre pérdidas orgánicas cubiertas como consecuencia directa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que tales pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de haber sucedido el Accidente.

La indemnización será igual al porcentaje que corresponda a tal pérdida de acuerdo con la tabla de indemnización, aplicado a la Suma Asegurada contratada en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la cobertura, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

La tabla para indemnización de la cobertura de Pérdidas Orgánicas es la siguiente:

Tabla de indemnización por pérdida orgánica	% de Suma
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Tres dedos que no sean pulgar o índice de una mano	25%
Pulgar y otro dedo que no sea índice	25%
Índice y otro dedo que no sea pulgar	25%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Para la aplicación de la tabla anterior se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falange, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- Por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión;
- Por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo;

**La responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.**

#### **Exclusiones para la cobertura de Pérdidas Orgánicas:**

**Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la Pérdida Orgánica se deba a:**

- a) Cualquier intento de mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Infecciones que no provengan de accidentes.
- c) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones accidentales.
- d) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
- e) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- f) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima.
- h) Accidentes que ocurren durante la participación directa del asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- j) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, caza, rapel, box, vuelos delta, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- k) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental.
- l) Radiaciones atómicas.
- m) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, así como

los que se originen por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado.

n) Envenenamiento, excepto cuando se derive de un accidente.

o) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

**Los límites de edad de aceptación fijados por la Compañía para esta cobertura se encuentran estipulados en la Cláusula 7.13 Edad.**

#### **6.4 Invalidez Total y Permanente**

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado, si durante la vigencia de la cobertura y a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado es declarado en estado de invalidez total y permanente.

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta se genera una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y de carácter permanentes, con pronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del Asegurado al impedirle el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus aptitudes, conocimientos y posición social.

El reconocimiento de esta condición se hará con un dictamen médico emitido por la institución de seguridad social en la que esté afiliado el Asegurado en el que conste la Invalidez Total y Permanente dictaminada al Asegurado. En el caso de no estarlo, por un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado. En el caso de que se considere necesario, la Compañía podrá designar un perito que valúe el estado de invalidez.

Para que la invalidez se considere plenamente válida es necesario que el Accidente o Enfermedad que da origen al estado de invalidez haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, quedando cubiertos, por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro. Con el pago de la Suma Asegurada contratada, **se cancela la cobertura de manera definitiva.**

#### **Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente:**

**Estos beneficios no se concederán cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:**

a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.

c) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

d) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.

e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular.

f) Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia.
- i) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas cuya existencia se haya declarado previamente a la celebración del contrato mediante la existencia de un expediente médico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado; o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o que haya generado algún gasto para el tratamiento médico de dicho padecimiento.
- j) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico; y siempre que haya influido directamente en la realización del siniestro.
- k) Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.
- l) Los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza, y en su caso, los padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.
- m) Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.
- n) Radiaciones atómicas.
- o) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

**Los límites de edad de aceptación fijados por la Compañía para esta cobertura se encuentran estipulados en la Cláusula 7.13 Edad.**

#### **6.5 Exención de Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente**

Si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado sufre alguna Enfermedad o Accidente que le ocasione una Invalidez Total y Permanente, la Compañía lo eximirá del pago de Primas de la Cobertura Básica, que haya sido establecido al momento de la emisión indicada en la Carátula de la póliza, a partir de que haya sido comprobado el estado de Invalidez Total y Permanente por parte del Asegurado de acuerdo con lo señalado en las presentes condiciones generales.

**Exclusiones para la cobertura de Exención de Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente:**

**Estos beneficios no se concederán cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:**

- a) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones.
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- d) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular.
- f) Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, boxeo, lucha, charrería, esquí, tauromaquia.
- i) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas cuya existencia se haya declarado previamente a la celebración del contrato mediante la existencia de un expediente médico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado; o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o que haya generado algún gasto para el tratamiento médico de dicho padecimiento.
- j) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol cualquiera que sea su grado, de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico; y siempre que haya influido directamente en la realización del siniestro.
- k) Envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase excepto cuando se deriven de un accidente.
- l) Los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza, y en su caso, los padecimientos y/o enfermedades preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza.
- m) Se excluyen pérdidas orgánicas quirúrgicas, que se deriven de un accidente o enfermedad anteriores a la contratación del seguro.
- n) Radiaciones atómicas.
- o) Accidentes que ocurran por la participación en cualquier forma de navegación submarina.

**Los límites de edad de aceptación fijados por la Compañía para esta cobertura se encuentran estipulados en la Cláusula 7.13 Edad.**

## **7. CLÁUSULAS GENERALES**

### **7.1 Contrato de Seguro**

Es el acuerdo celebrado entre La Compañía y el Contratante, constituyendo testimonio del mismo, la Solicitud de seguro, la Carátula de la Póliza, estas Condiciones Generales, la Tabla de Costos y los Endosos a la Póliza.

### **7.2 Rectificación de la Póliza**

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 reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

### **7.3 Modificaciones al Contrato**

Cualquier modificación al presente contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en relación con lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los agentes, empleados o apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas no están autorizados para realizar cambios a las presentes Condiciones Generales ni a recibir comunicaciones para La Compañía de parte del Asegurado o sus causahabientes por lo que las mismas deberán ser dirigidas directamente a La Compañía.

### **7.4 Vigencia**

Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y continúa durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de vencimiento especificado en la carátula de la Póliza y siempre que dicho Fondo de Supervivencia menos los cargos por rescate sean suficientes para deducir los Costos de la Póliza. En caso de que el Asegurado llegue con vida a la fecha de vencimiento indicada en la carátula de la póliza, La Compañía entregará al Asegurado el saldo total del Fondo de Supervivencia constituido a esa misma fecha.

### **7.5 Terminación del Contrato**

Este contrato de seguro terminará de manera automática sin obligación para La Compañía, en los siguientes casos:

- Cuando no exista saldo suficiente para deducir los Costos de la Póliza del Fondo de Supervivencia.
- Cuando el Fondo sea inferior a la penalización por Rescate.
- El Contratante realice un Rescate Total.
- Al concluir la vigencia indicada en la Póliza.
- Por fallecimiento del Asegurado.
- Cuando la póliza encontrándose en Periodo de Descanso, no exista saldo suficiente para realizar las Deduciones Mensuales del Fondo de Supervivencia.

#### **Terminación anticipada a solicitud del Contratante**

Para cancelar anticipadamente el Contrato de Seguro, el Contratante deberá solicitarlo en cualquier momento, por escrito, a La Compañía en sus oficinas o por cualquier tecnología o medio, que se hubiera pactado al momento de su contratación.

La Compañía se asegurará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante que formule la terminación respectiva y posterior a ello proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

La cancelación anticipada no eximirá a La Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras estuvo en vigor.

La póliza quedará cancelada en la fecha en que La Compañía reciba la solicitud del Contratante o en su caso, en la fecha que indique la solicitud, solo en el supuesto en que esta sea posterior a la recepción de la solicitud.

## 7.6 Suicidio

**En caso de que la muerte del Asegurado ocurriese por suicidio durante los dos primeros años contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, la obligación de La Compañía se limitará a pagar el importe de la suma de la reserva matemática correspondiente al Beneficio por fallecimiento, más el Fondo de Supervivencia, en la fecha en que ocurra el fallecimiento.**

## 7.7 Comunicaciones y/o Notificaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá de enviarse por escrito al domicilio de La Compañía ubicado en: Torea 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, mismo que se establece en la carátula de Póliza, o en su defecto, al último que se haya comunicado para tal efecto. 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.

La Compañía enviará las comunicaciones correspondientes a este Contrato al Contratante, al domicilio que aparece en la carátula de la póliza, o al último que tenga registrado del mismo, o en su caso, al correo electrónico proporcionado por el Contratante en la Solicitud; el cual en caso de que se inhabilite, se bloquee o por cualquier razón ajena a la Institución de Seguros, dejare de ser operativa, se obliga a notificar el cambio de correo electrónico a la Institución de Seguros, en el entendido de que, de no hacerlo, todas las comunicaciones o entregas de documentación contractual correspondientes al contrato de seguro, se entenderán como legalmente realizadas por la Institución al correo electrónico aquí indicado o al último que tenga registrado del mismo.

## 7.8 Notificación de cúmulos

Zurich México se reservará el derecho de autorizar el monto de la Suma Asegurada, tomando en consideración, las reglas de suscripción correspondientes.

## 7.9 No Rehabilitación

La Compañía no rehabilitará este Contrato de Seguro.

## 7.10 Omisiones o inexactas declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o representante de éste, declarar por escrito en los formularios previamente elaborados por La Compañía, todos los hechos importantes que conozca o deba conocer al momento de la celebración del Contrato.

La Compañía comunicará por escrito de forma auténtica al Asegurado o a sus Beneficiarios, la rescisión del Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración. Lo anterior, se hará con base en la Cláusula de Comunicaciones y /o Notificaciones.

**En caso de omisión, falsa o inexacta declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la Solicitud de seguro, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro, en los términos de lo previsto en el Artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

### 7.11 Disputabilidad

Este Contrato será disputable durante los dos primeros años desde su fecha de inicio de vigencia. Esto será aplicable en aquellos casos donde haya omisión o una inexacta declaración de los hechos necesarios para la apreciación del riesgo.

### 7.12 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. En dos años, en los demás casos. En todos los casos los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen conforme al Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del Derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía y por las que establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

### 7.13 Edad

Los límites de edades de aceptación fijados por la Compañía son los siguientes:

Cobertura	Edades de Aceptación	
	Mínimo	Máximo
Fallecimiento	18 años	70 años
Muerte Accidental	18 años	65 años
Invalidez Total y Permanente	18 años	55 años
Exención de Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente	18 años	55 años
Pérdidas Orgánicas	18 años	55 años
Enfermedades Graves	18 años	55 años

La temporalidad de vigencia aplicable a cada cobertura contratada se indica en la Carátula de la póliza.

Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente La Compañía.

Una vez efectuada la comprobación, La Compañía hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

En caso del beneficio por fallecimiento, cuando de la comprobación de la edad resulte que la edad real se encuentra:

a) **Dentro de los límites de admisión registrados por La Compañía.**

Si después del fallecimiento del Asegurado la edad declarada por el Asegurado en la Solicitud es diferente a la real, La Compañía pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del Contrato.

Si en vida del Asegurado la edad real al expedirse la Póliza es:

**1. Mayor que la declarada:**

El importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del Contrato.

**2. Menor que la declarada:**

La Suma Asegurada no se modificará y La Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado, en el momento de celebrarse el Contrato. Las Primas siguientes, deberán reducirse de acuerdo con la edad real, conforme a la tarifa registrada en la fecha de la celebración del Contrato.

**b) Fuera de los límites de admisión registrados por La Compañía**

**El Contrato quedará rescindido automáticamente y la obligación de La Compañía se reducirá a pagar el importe de la reserva matemática, si la hubiere, que corresponda a la presente Póliza, en la fecha de su rescisión.**

Si al descubrirse que la edad del Asegurado declarada es inexacta, La Compañía ya hubiere hecho efectivo el importe del seguro, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme los incisos anteriores, incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán los factores al millar para el cálculo del Costo del Seguro que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

#### **7.14 Beneficiarios por fallecimiento**

Para los efectos de esta Póliza, se entiende por Beneficiario por Fallecimiento la persona o personas designadas como tales por el Asegurado, en la Solicitud formulada para la celebración de este Contrato, o los que, en su caso, designe posteriormente.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a La Compañía, indicando el nombre del(los) nuevo(s) beneficiario(s). La Compañía pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a La Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

Cuando no haya Beneficiarios designados o todos los designados hubieren fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, el importe del seguro se pagará a la sucesión de éste.

**Advertencia:**

**En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.**

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran el contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Para la cobertura de Supervivencia el Asegurado es el propio Beneficiario.

## 7.15 Notificación del siniestro y Pago de reclamaciones

### Aviso

En el caso de presentarse algún evento cubierto, éste debe ser notificado a La Compañía dentro de los cinco días siguientes a que el Asegurado o los Beneficiarios tengan conocimiento de su realización o del derecho constituido a su favor, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 66 y 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Compañía establece al Asegurado la documentación mínima requerida para la indemnización, no obstante, dependerá de cada caso en donde La Compañía solicite la información y/o documentación adicional, para continuar con el proceso.

El reclamante presentará a la Compañía la siguiente información de acuerdo con el evento ocurrido:

#### a) Documentación requerida para Fallecimiento

- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento de Asegurado, en caso de que la tuviese los beneficiarios, y Beneficiarios en original o copia certificada.
- Acta de matrimonio o constancia de concubinato en caso de que el beneficiario sea el cónyuge o concubino (original o copia certificada).
- Certificado Individual firmado por el Asegurado, si lo tuviere.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y los Beneficiarios. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses, y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia del comprobante de domicilio del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado y Beneficiarios en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación (sólo en caso de Muerte Accidental).
- Formato de Declaración 1 (proporcionado por La Compañía).
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por La Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por La Compañía).

#### b) Documentación requerida para Supervivencia

- Acta de nacimiento de Asegurado en original o copia certificada.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Asegurado con vigencia menor a 3 meses, y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE a nombre del Asegurado con una antigüedad no mayor a 3 meses de su emisión.
- Copia del comprobante de domicilio del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.

- CURP del Asegurado en copia simple.
- Constancia de Situación Fiscal del Asegurado.
- Formato Art. 492 para personas físicas (proporcionado por La Compañía).
- Formato para solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).

**c) Documentación requerida para Muerte Accidental:**

- Designación de beneficiarios (proporcionado por la Compañía).
- Formato de Declaración (proporcionado por la Compañía) y debe ser llenado por cada uno de los Beneficiarios, manifestando su consentimiento.
- Acta de defunción del Titular Asegurado (original o copia certificada).
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento del Asegurado Titular (en original o copia certificada).
- Acta de matrimonio o constancia de concubinato en caso de que el Beneficiario sea el cónyuge o concubino (original o copia certificada).
- Acta de nacimiento de cada uno de los Beneficiarios designados en la póliza (original o copia certificada).
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y Beneficiarios (INE, pasaporte, cédula profesional) visible, legible y actualizada.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia de comprobante de domicilio del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses
- CURP del Asegurado y Beneficiarios en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación.

**d) Documentación requerida para Pérdidas Orgánicas:**

- Dictamen médico en original o copia certificada donde se indique la pérdida orgánica, motivo y tratamiento proporcionado.
- Acta de nacimiento del Asegurado en original o copia certificada.
- Identificación oficial del Asegurado en copia simple (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Comprobante de domicilio del Asegurado con vigencia menor a 3 meses en copia simple.
- Carpeta de investigación en copia certificada.
- CURP del Asegurado.
- Carátula de estado de cuenta bancario del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por La Compañía).
- Formato de pago por Transferencia (proporcionado por La Compañía).
- Informe médico.
- Estudios radiológicos que confirman la pérdida orgánica.
- Aviso de accidente y/o enfermedad (en formato proporcionado por La Compañía)

**e) Documentación requerida para Invalidez Total y Permanente:**

- Dictamen médico de Invalidez Total y Permanente del IMSS (ST-4 O ST-3) o ISSSTE (RT-9) en original o copia certificada del dictamen de Invalidez emitido por la Institución de Seguridad Social de la que el Asegurado sea derechohabiente. En caso de no estar afiliado a ninguna institución de seguridad social será necesario entregar Dictamen de Invalidez emitido por médico con cédula de especialista en medicina del trabajo que dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, así como el historial clínico del mismo especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual.
- Acta de nacimiento de Asegurado en original o copia certificada.
- Copia simple de la Identificación del Asegurado. (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Copia de comprobante de domicilio del Beneficiario con vigencia menor a 3 meses.
- CURP del Asegurado en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación del Ministerio Público completa que contenga

cuando menos, resultados químico, toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito (en caso de muerte en carretera) y conclusiones del Ministerio Público (en caso de que la Invalidez sea consecuencia de un accidente).

- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por La Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por La Compañía).

**El dictamen médico deberá de incluir la siguiente información:**

- i. Fecha de inicio del padecimiento que incluya su descripción clínica o si es riesgo de trabajo, la fecha de inicio del riesgo de trabajo, así como fecha de su calificación, así como el historial clínico del mismo médico especialista certificado y/o acreditado acorde al órgano y/o sistema afectado que lo está certificando, la cual debe contener; Inicio de la enfermedad, periodo actual, con fecha de diagnóstico, evolución, tratamiento y condición actual;
- ii. Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el diagnóstico, (resultados de laboratorio, gabinete, etc.);
- iii. Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;
- iv. Indicar las secuelas irreversibles incapacitantes valuadas conforme al artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo citando fracciones y porcentajes asignados que justifiquen la Incapacidad Total Permanente;
- v. Nombre, firma y cédula profesional del médico especialista autorizado, y nombre, firma y cédula profesional del médico especialista tratante, así como lugar y fecha de la realización del dictamen.

**f) Documentación requerida para Enfermedades Graves:**

En adición a los requisitos descritos en la definición de cada enfermedad, se deberá presentar a la Compañía lo siguiente:

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad (en formato proporcionado por la Compañía).
- Informe médico (en formato proporcionado por la Compañía).
- Estudios y Análisis médicos.
- Identificación oficial vigente de Asegurado en copia simple (INE, pasaporte, cédula profesional).
- Comprobante de domicilio con vigencia menor a 3 meses en copia simple.
- Carátula de estado de cuenta bancaria con vigencia menor a 3 meses.
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por la Compañía).
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por la Compañía).

No obstante, a lo descrito en los incisos a), b), c), d), e) y f), si de los documentos entregados a La Compañía no se determinan las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, La Compañía se reserva el derecho para solicitar en casos excepcionales documentos e información adicionales que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada lo anterior con fundamento en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**Pago de Indemnización**

La indemnización por la cobertura de Fallecimiento será pagada a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

En el caso de la cobertura por Supervivencia la indemnización debida será liquidada al propio Asegurado al momento del vencimiento. Mientras no sea reclamada, a discreción de la Compañía, los importes de indemnización serán invertidos en la alternativa de inversión más conservadora y estarán a su disposición en el momento en el que sea requerida.

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que La Compañía reciba la totalidad de los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Las indemnizaciones procedentes se pagarán de acuerdo con las condiciones generales y coberturas de la póliza a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En el caso de no proceder la indemnización, La Compañía lo hará saber al reclamante por escrito explicando las razones de esta situación una vez que reciba la información y documentos que le permitan conocer las circunstancias del siniestro y dentro de los 30 días siguientes a que reciba dicha documentación.

La Compañía tendrá derecho de deducir de la indemnización debida cualquier prima o algún otro costo incluido en esta póliza que le adeude el Asegurado, lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Toda indemnización efectuada por la Compañía, se realizará conforme a lo dispuesto en la legislación fiscal vigente al momento del pago.

#### 7.16 Interés Moratorio

En caso de que La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas el cual señala a la letra lo siguiente:

*“Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente 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.”

## 7.17 Moneda

Los pagos relativos a este Contrato, por parte del Contratante o La Compañía, se efectuarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

### 7.18 Prima

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 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.

Si el Contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, con vencimiento al primer día de vigencia de cada período pactado. En caso de que el Contratante efectúe un cambio de frecuencia de pago, éste se verá aplicado al siguiente aniversario de la póliza.

En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y la Compañía a la fecha de celebración del contrato.

La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o medio indicado por esta contra entrega del recibo correspondiente.

El Asegurado que haya optado para ejercer el Periodo de Descanso, tendrá la opción de NO REALIZAR el pago de primas por un periodo de 12 meses consecutivos, siempre y cuando se cumpla lo establecido en la Cláusula 7.20.

### 7.19 Período de gracia para el pago de Primas

El Contratante gozará de un período de gracia de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del pago estipulada en cada uno de los recibos, **en caso contrario, y de no contar con los recursos suficientes para el pago de las deducciones mensuales, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia sin responsabilidad posterior para la Compañía, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

En caso de ocurrir el siniestro dentro del periodo de gracia y si no se hubiera pagado la prima a que se refiere el párrafo anterior, La Compañía tiene el derecho de deducir del pago del beneficio cualquier costo del seguro vencido y no pagado y cualquier adeudo de la póliza, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### 7.20 Periodo de descanso

A partir del segundo año de vigencia, siempre y cuando el Asegurado esté al corriente en el pago de sus Primas Planeada. El Asegurado podrá solicitar a la Compañía la opción **de NO realizar el pago de sus primas por un periodo de 12 meses consecutivos y mantener la póliza vigente sin que esta sea cancelada por falta de pago, siempre y cuando el Fondo de Supervivencia tenga recursos suficientes conforme a la Cláusula de 7.5 Terminación del Contrato.**

Una vez terminado el Periodo de Descanso, se reanuda el cobro de sus Primas.

**El Periodo de Descanso se podrá ejercer solamente una vez, mediante previo aviso del Asegurado por escrito a La Compañía, por lo menos 30 días hábiles antes de la fecha programada para el cargo de la siguiente prima planeada.**

### 7.21 Revaluación de prima

El Contratante tendrá la opción de solicitar al momento de la contratación la revaluación de su prima. Esto consiste en que la Prima Planeada será incrementada automáticamente en cada aniversario de la póliza durante el periodo de pago acordado.

El incremento se determinará con base en la variación anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del año calendario inmediato anterior a la fecha de aniversario de póliza, publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

El ajuste aplicará exclusivamente sobre el monto de la Prima Planeada. La suma asegurada, las coberturas contratadas y demás condiciones de la póliza permanecerán sin modificación alguna.

La revaluación se aplicará de manera consecutiva en cada aniversario de la póliza hasta el término del periodo de pago, sin que exista un límite máximo de incremento acumulado durante la vigencia del contrato.

El Contratante podrá cancelar o reactivar la opción de revaluación en cualquier momento, mediante notificación a la Compañía con al menos 60 (sesenta) días naturales de anticipación a la fecha de aniversario correspondiente. Cualquier cambio en el estatus de la revaluación — ya sea cancelación o reactivación — entrará en vigor a partir del siguiente aniversario de póliza inmediato posterior a la fecha de recepción de la solicitud.

## **7.22 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 Compañía 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.

## **7.23 Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas**

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía 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 Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

## **7.24 Entrega de Documentación Contractual**

La Compañía se obliga a entregar al Contratante la Póliza, y el resto de la documentación contractual de forma impresa al momento de la contratación del seguro.

Cuando el Contrato de seguro se celebre con la intervención de un agente, intermediario financiero, empleados o apoderados de la persona moral autorizada conforme al artículo 102 y 103 de la LISF, la entrega de la documentación contractual deberá efectuarse siempre a través de dicho intermediario y deberán obtener por escrito el acuse de recibo de parte de dicho Asegurado de la entrega fehaciente de dicha documentación contractual.

Lo anterior, sin perjuicio del derecho del Contratante/Asegurado de solicitarla directamente a La Compañía en el caso de que ésta no le sea entregada, toda vez que se reputa que el intermediario está facultado para realizar todos los actos que por costumbre constituyan las funciones de un intermediario.

Si el Contratante/Asegurado no recibe la documentación contractual en la forma prevista anteriormente, podrá acudir a cualquiera de las oficinas de La Compañía cuyos datos y domicilios se encuentran a su disposición en la página [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx) o bien, deberá solicitarlo a través su Agente de seguros.

Cuando el pago de la prima se efectúe con cargo a una tarjeta o cuenta bancaria, la póliza que se emita junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante, podrán ser utilizados como

medios de prueba para hacer constar la celebración del contrato de seguro.

#### **7.25 Entrega electrónica de Documentación Contractual**

Sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula de "ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL", cuando el Contratante/Asegurado así lo consienta de forma expresa y por escrito, la entrega de la documentación contractual se efectuará dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes a la celebración del contrato a través de correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el Contratante para tal efecto. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al siguiente día hábil.

#### **7.26 Cláusula Residencia**

**Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., no celebrará contrato de seguros con personas que residan fuera de la República Mexicana, entendiéndose por residencia el lugar en dónde la persona tiene su principal asiento para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.**

El Contratante y/o Asegurado tiene la obligación de notificar a La Compañía si realiza un cambio de residencia a otro país, con un plazo máximo de 30 (treinta) días previos al cambio.

La Compañía evaluará el nuevo riesgo derivado del cambio de residencia, y en virtud de que el Contrato de Seguro se ha celebrado en función de los requisitos legales y reglamentos vigentes y aplicables en el momento de la celebración dentro de la República Mexicana, **La Compañía señalará una posible agravación del riesgo y en su caso el Contratante sólo podrá realizar el Rescate Total de su póliza.**

#### **7.27 Aviso de privacidad**

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V., ("Zurich México") con domicilio en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390; es Responsable del uso y protección de sus datos personales. Los datos personales son 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 y análisis, así como para cumplir las obligaciones derivadas de dicha relación.

Para más información sobre el uso de sus datos personales, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral General en nuestro sitio: <https://www.zurich.com.mx/aviso-de-privacidad>.

#### **7.28 Agravación de Riesgo**

**Las obligaciones de Zurich cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

**“El Asegurado deberá comunicar a Zurich las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

**“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:**

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;**

- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro<sup>1</sup>).

“Las obligaciones de Zurich quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro.” (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) 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 Zurich, 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, 139 Quáter, 148 Bis o 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, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; 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 alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X de la disposición Trigésima Novena, fracción VII de la 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 del contrato serán restauradas una vez que Zurich tenga conocimiento de que el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Zurich 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.

### 7.29 De Sanciones

No obstante, cualquier otro término bajo este contrato, Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V. no otorgará cobertura o realizará pago alguno ni prestará servicio o beneficio alguno a cualquier asegurado o tercero en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del asegurado violen cualquier ley o reglamento de sanciones comerciales o económicas aplicable por cualquier país u organismo público internacional, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

### 7.30 Operaciones y servicios por medios electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo pero no limitados a: la solicitud del seguro, cuestionarios, la contratación misma del seguro, pago de primas, notificaciones, aviso de siniestro, entre otros, haciendo uso de los medios electrónicos que la Compañía pone a su disposición, los cuales se regirán por los "Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos para las Operaciones de Seguros", que podrá consultar en la página de Internet [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx); lo anterior con fundamento en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Para efectos de la presente cláusula se entenderá por medios electrónicos al uso de equipos, electrónicos, ópticos o de cualquier tecnología, sistemas auto procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de los medios de identificación que la Compañía establezca en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

### 7.31 Marco Legal

Para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: <https://www.zurich.com.mx/regulaciones> ; en la sección Regulaciones, de forma adicional, los artículos citados en las presentes Condiciones Generales pueden ser consultados a través de las páginas de internet:

- Circular Única de Seguros y Fianzas  
<https://lisfcusf.cnsf.gob.mx/>
- Marco Legal aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.  
<https://www.gob.mx/cnsf/acciones-y-programas/normativa-25263?idiom=eshttps://www.gob.>
- Ley Sobre el Contrato de Seguro.  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/211.pdf>
- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISF.pdf>
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LPDUSF.pdf>
- Ley Federal del Trabajo.  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich**, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 y viernes de 9:00 a 14:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico [unidad.especializada@mx.zurich.com](mailto:unidad.especializada@mx.zurich.com).

**CONDUSEF:** Av. Insurgentes Sur No. 762, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos: 55 5340 0999 y 800 999 8080. Página de internet: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx).

**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 16 de junio de 2026 con el número CNSF-S0037-0261-2026/CONDUSEF-007278-01.**