

Vida Ahorro Garantizado

Condiciones Generales

Índice

1. DEFINICIONES	4
1.1. Accidente	4
1.2. Asegurado	4
1.3. Aseguradora y/o Compañía y/o Zurich México	4
1.4. Beneficiario por Fallecimiento	4
1.5. Beneficio por Supervivencia	4
1.6. Beneficio	4
1.7. Contratante	4
1.8. Costo del Seguro	4
1.9. Culpa grave	4
1.10. Endoso	4
1.11. Enfermedad	4
1.12. Evento	4
1.13. Invalidez Total y Permanente	5
1.14. Médico	5
1.15. Moneda	5
1.16. Póliza o Contrato de Seguro	5
1.17. Reserva matemática	5
1.18. Solicitud de Seguro	5
1.19. Suma Asegurada por Fallecimiento	5
1.20. Vigencia	5
2. OBJETIVO DEL PLAN	6
3. COBERTURA BÁSICA	6
3.1 COBERTURA POR FALLECIMIENTO	6
3.2 COBERTURA POR SUPERVIVENCIA	6
4. COBERTURAS ADICIONALES	6
4.1 COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)	7
4.2 COBERTURA POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (POA)	7
4.3 PAGO ÚNICO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BAIT)	9
4.4 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)	10
5. VALORES GARANTIZADOS	12
6. CLÁUSULAS GENERALES	13
6.1 Contrato de Seguro	13
6.2 Rectificación de la Póliza	13
6.3 Rehabilitación	13
6.4 Modificaciones al Contrato	13
6.5 Vigencia	13
6.6 Terminación del Contrato	13
6.7 Suicidio	14

6.8	Comunicaciones y/o Notificaciones	14
6.9	Omisiones o inexactas declaraciones	14
6.10	Disputabilidad	14
6.11	Prescripción	14
6.12	Edad	15
6.13	Beneficiarios por fallecimiento	15
6.14	Notificación del siniestro y Pago de reclamaciones	16
6.15	Interés Moratorio	19
6.16	Moneda	21
6.17	Período de gracia para el pago de Primas	21
6.18	Prima	21
6.19	Competencia	21
6.20	Comisiones y Compensaciones Directas	22
6.21	Entrega de Documentación Contractual	22
6.22	Entrega electrónica de Documentación Contractual	22
6.23	Cláusula Residencia	22
6.24	Aviso de privacidad	22
6.25	Agravación de Riesgo	23
6.26	De Sanciones	24
6.27	Cambio de Ocupación	24
6.28	Operaciones y servicios por medios electrónicos	24
7.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	25
8.	MARCO LEGAL	25
9.	ANEXO DE LA LEGISLACIÓN	33

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. Aseguradora y/o Compañía y/o Zurich México**
Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., institución de seguros que se obliga a cubrir las indemnizaciones que resulten procedentes derivadas de los riesgos previstos por este contrato de seguros.
- 1.4. Beneficiario por Fallecimiento**
Persona o personas que, por designación del Asegurado tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada por Fallecimiento contratada, en su proporción correspondiente.
- 1.5. Beneficio por Supervivencia**
Es la cantidad que La Compañía podrá pagar al Asegurado, en caso de que el Asegurado sobreviva al plazo indicado para cada una de las coberturas por supervivencia.
- 1.6. Beneficio**
Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo con lo estipulado en la presente póliza.
- 1.7. 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.
- 1.8. Costo del Seguro**
Es el importe correspondiente al riesgo asumido por la Aseguradora para otorgar la cobertura de fallecimiento; este costo se deduce mensualmente del Fondo de Supervivencia mientras la póliza permanezca vigente.
- 1.9. Culpa grave**
La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.
- 1.10. Endoso**
Documento emitido por La Compañía y registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que forma parte del Contrato de seguro que modifica los términos originales de la Póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.
- 1.11. 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.
- 1.12. Evento**
Es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento, que se encuentre amparado por este Contrato de Seguro, durante la vigencia del mismo. También se podrá hacer referencia de éste como Siniestro.

1.13. Invalidez Total y Permanente

Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia de la póliza, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o una enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales y posición social, y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente.

El reconocimiento de esta condición se hará con un dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado. En el caso de no estarlo, por un certificado médico expedido por un médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo. En el caso de que se considere necesario, Zurich México podrá designar un perito médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que evalúe el estado de Invalidez Total y Permanente.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente sin necesidad de presentar el dictamen o certificado correspondiente que se indican en el párrafo anterior: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

1.14. Médico

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

1.15. Moneda

El Contrato de Seguro se contrata en Pesos mexicanos o dólares moneda de curso legal en los Estados Unidos de América. Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, al tipo de cambio que rijan en el lugar y fecha en que se efectúen los pagos, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente.

1.16. Póliza o Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y La Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes.

1.17. Reserva matemática

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

1.18. 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.

1.19. Suma Asegurada por Fallecimiento

Es la cantidad que La Compañía pagará a los Beneficiarios por Fallecimiento del Asegurado en caso de procedencia del Siniestro, compuesta por la cantidad estipulada en la Carátula de la Póliza.

1.20. Vigencia

Es el plazo de tiempo por el que el Asegurado está protegido por la(s) cobertura(s) contratada(s) en la Póliza. La vigencia de este contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la póliza.

PRELIMINAR

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., en adelante denominada **“Zurich” o 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 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 de este plan es brindar al Asegurado protección en caso de fallecimiento durante la vigencia de la póliza, así como la oportunidad de constituir un patrimonio en caso de supervivencia al término del plazo contratado.

Este beneficio se otorga mediante un seguro tradicional dotal mixto, que contempla una cobertura básica por fallecimiento y supervivencia, complementada con beneficios adicionales por muerte accidental, pérdidas orgánicas e invalidez total y permanente, de tal forma que, para gozar de su beneficio las coberturas deberán estar contratadas e indicadas en la Carátula de la Póliza.

3. COBERTURA BÁSICA

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

- Cobertura de Fallecimiento.
- Cobertura por Supervivencia.

3.1 COBERTURA POR FALLECIMIENTO

La Compañía pagará en una sola exhibición, a los Beneficiarios designados por el Asegurado la Suma Asegurada por Fallecimiento especificada en la carátula de la Póliza de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en las presentes condiciones generales siempre y cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra durante la vigencia del Contrato de Seguro.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo contratado, la cobertura concluirá sin obligación alguna para La Compañía.

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, La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.

3.2 COBERTURA POR SUPERVIVENCIA

(Sujeto al Artículo 93 de la LISR)

3.2.1 Descripción

En caso de que el Asegurado sobreviva y mantenga la Póliza en vigor hasta la fecha de término de vigencia de esta cobertura, la cual se estipula en la Carátula de la Póliza. La Compañía pagará en una sola exhibición al Asegurado el importe de la suma asegurada establecida en la Carátula de la Póliza para este beneficio.

Con el pago de la cobertura de Supervivencia al Asegurado, La Compañía queda liberada de todas las obligaciones relativas al mismo.

4. COBERTURAS ADICIONALES

El Asegurado podrá complementar su protección básica a través de las coberturas adicionales mediante el cobro de prima adicional por cada cobertura contratada, las cuales operarán, únicamente cuando se encuentren expresamente mencionadas como amparadas en la carátula de la póliza o en Endosos correspondientes que se encuentren vigentes para ser exigibles a La Compañía, lo anterior, en el entendido de que, en caso de siniestro, únicamente se indemnizará la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura adicional que resulte aplicable según las circunstancias del siniestro.

Las Coberturas Adicionales que forman parte de la presente póliza son

- Muerte Accidental (MA)
- Pérdidas Orgánicas por Accidente (POA)
- Pago Único por Invalidez Total y Permanente (BAIT)
- Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)

4.1 COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL (MA)

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Asegurado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido estando vigente la póliza y esta cobertura; siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

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 al mismo.

Exclusiones para la Cobertura de Muerte Accidental:

- a) Suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria, 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 como sujeto activo.
- c) Infecciones que no provengan de accidentes.
- 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.

4.2 COBERTURA POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (POA)

La Compañía pagará la suma asegurada contratada vigente para esta cobertura o un porcentaje de ella al propio Asegurado especificada en la carátula de la póliza, 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 tabla de indemnización por pérdidas orgánicas, multiplicado por la Suma Asegurada contratada en vigor al momento

de ocurrir el siniestro.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza y esta 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 de Indemnización para Pérdidas Orgánicas es la siguiente:

Por la pérdida de:	% de Suma Asegurada Básica
Ambas manos o 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%

Exclusiones para la Cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente:

- a) Suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria, 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) 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.

4.3 PAGO ÚNICO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BAIT)

La Compañía pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado especificada en la carátula de la póliza, si durante la vigencia de la Póliza y a consecuencia de un Accidente cubierto, el Asegurado es declarado en estado de invalidez total y permanente.

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 cuyo inicio se encuentre dentro de la vigencia de la cobertura, quedando cubiertos, por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro. Con el pago de la Suma Asegurada contratada, esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de La Compañía cuando esta haya liquidado sus obligaciones por concepto de esta cobertura.

En los casos de Invalidez Total y Permanente, la fecha de siniestro será la fecha que se señale en el dictamen médico de Invalidez Total y Permanente expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Institución de Seguridad Social de la que el Asegurado sea derechohabiente en el cual se determine el tipo de incapacidad que presenta el Asegurado, de acuerdo a la Ley de Seguridad Social que aplique; en los casos en los cuales un Asegurado no se encuentre afiliado a alguna institución de seguridad social, la fecha del siniestro será la fecha de inicio establecida a partir de que un médico con cédula profesional y especialista en medicina del trabajo dictamine el estado de Invalidez Total y Permanente, en este caso se deberá presentar el formato de reclamación de siniestro que le entregue la Compañía, llenado por el médico que dictaminó la invalidez anexando los documentos probatorios del estado de Invalidez Total y Permanente.

En caso de que el Asegurado no se encuentre percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente como la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de un accidente o enfermedad, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

En el caso de que se considere necesario, La Compañía con cargo a ésta tendrá el derecho de hacer examinar al Asegurado por el médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo designado para comprobar y evaluar la Invalidez Total y Permanente. En caso de no proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

El Asegurado en cualquier momento podrá solicitar la cancelación de esta cobertura, solicitándolo por escrito a La Compañía. Esta cobertura se cancelará automáticamente, sin la necesidad de la declaración expresa de La Compañía, en el aniversario de la Póliza más cercano a la fecha en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Para que la invalidez se considere plenamente válida es necesario que el Accidente 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 el beneficio de manera definitiva para el Asegurado.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la Póliza, 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 esta cobertura.

Exclusiones para la Cobertura de Pago Único por Invalidez Total y Permanente:

- 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, cuyo diagnóstico y/o existencia se haya declarado previamente a la celebración del contrato de seguro mediante la existencia de un expediente médico, donde se haya elaborado o determinado 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.

4.4 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente o enfermedad mientras esta cobertura se encuentre en vigor, la Compañía conviene en eximir al Asegurado del pago de primas de la cobertura básica.

La exención de pago de primas no se aplicará a las coberturas adicionales y la suma asegurada de la cobertura básica se mantendrá fija durante todo el tiempo que subsista la invalidez.

Si la compañía considera necesario podrá solicitar al Asegurado una comprobación de que continúa su estado de invalidez total y permanente, pero no más de una vez cada año. Si éste se niega a esa comprobación o se hace patente de que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente los beneficios que concede esta cobertura por invalidez.

El pago de la prima se suspenderá al hacerse efectivo este beneficio con la aparición del estado de invalidez total y permanente o al cesar el derecho a este beneficio.

El Asegurado tendrá la obligación de reanudar el pago de las primas de la cobertura básica contratada, cuando ocurra cualquier de los siguientes eventos:

- a) Recuperación de su capacidad.
- b) Cuando perciba ingresos derivados de su trabajo personal equivalentes o superiores a los que recibía antes de sufrir la invalidez total y permanente.

La exención de pago de primas no se aplicará a las coberturas adicionales y la suma asegurada de la cobertura básica se mantendrá fija durante todo el tiempo que subsista la invalidez.

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

- 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.

5. VALORES GARANTIZADOS

Los Valores a los que tiene derecho el Asegurado se muestran en la Tabla de Valores Garantizados contenida en la Póliza acorde con lo señalado en la Nota técnica. El Asegurado podrá hacer uso de uno de los Valores Garantizados, mediante los requisitos que se indican para cada uno de estos valores de acuerdo con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas.

Los Valores Garantizados se calcularán con el monto del Valor de Rescate que corresponda de acuerdo con lo descrito en la **cláusula de Valor de Rescate** de estas condiciones generales.

En caso de que el Asegurado o Contratante no pague la prima en los términos descritos en la **cláusula de Prima** de estas condiciones generales, y además no solicite alguno de los Valores Garantizados que a continuación se mencionan, La Compañía aplicará automáticamente la opción de seguro prorrogado.

5.1 Valor de Rescate

El Valor de Rescate o valor en efectivo es la cantidad que el Asegurado podrá recuperar por la cancelación de la Póliza con anticipación a su fecha de vencimiento. Dicha cantidad se especifica en la columna de Valor de Rescate de la Tabla de Valores Garantizados, en la línea correspondiente con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas. Para solicitar el Valor de Rescate el Asegurado deberá hacerlo por escrito a La Compañía.

Para hacer uso de este derecho, es necesario liquidar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.

Una vez liquidado el Valor de Rescate, este Contrato de Seguro quedará automáticamente cancelado.

5.2 Seguro Prorrogado

El Asegurado podrá mantener la protección por fallecimiento por la Suma Asegurada originalmente contratada por el plazo que corresponda de acuerdo con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas que se muestra en la tabla de Valores Garantizados contenida en esta Póliza y a la cláusula Valor de Rescate de estas Condiciones Generales.

Durante el plazo del Seguro Prorrogado, se cancelarán los beneficios adicionales que estuvieran vigentes al momento de la conversión a Seguro Prorrogado.

Para hacer uso de este derecho, es necesario liquidar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.

Para solicitar el Valor de Rescate el Asegurado deberá hacerlo por escrito a la Compañía

Si durante el periodo de prórroga, ocurre el fallecimiento del Asegurado amparado, La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada descrita en la Tabla de Valores Garantizados de esta Póliza sin deducción alguna por concepto de primas.

Al finalizar el plazo del Seguro Prorrogado, concluirán automáticamente los efectos del Contrato, quedando sin valor alguno salvo que, en la Tabla de Valores Garantizados, contenida en esta Póliza, se indique alguna cantidad en efectivo para ser pagada por La Compañía al finalizar dicho período.

5.3 Seguro Saldado

El Asegurado podrá mantener la protección de la cobertura por fallecimiento sin más pago adicional de primas.

El seguro saldado mantiene este Contrato en vigor, cancelando los beneficios adicionales contratados, hasta la fecha de vencimiento que se establece en la carátula de la Póliza, por el monto de suma asegurada de fallecimiento que corresponda de acuerdo con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas que se muestra en la tabla de Valores Garantizados contenida en esta Póliza y a la **cláusula Valor de Rescate** de estas Condiciones Generales.

Para hacer uso de este derecho, es necesario liquidar previamente todo adeudo contraído en virtud de este Contrato.

Para solicitar el Valor de Rescate el Asegurado deberá hacerlo por escrito a La Compañía.

6. CLÁUSULAS GENERALES

6.1 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, los Endosos a la Póliza y las cláusulas adicionales que en su caso se agreguen.

6.2 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, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

6.3 Rehabilitación

Cuando los efectos de este Contrato hubieren cesado por falta de pago o se haya ejercido el derecho de mudarlo a Seguro Prorrogado o Saldado, el Asegurado podrá solicitar su rehabilitación respetando la vigencia originalmente pactada, siempre y cuando se encuentre dentro del plazo del seguro, de acuerdo con las políticas vigentes de la Compañía al momento de la solicitud y justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a juicio de la Compañía. De cualquier forma, quedará sujeto a la aprobación de la Compañía.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

6.4 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.

6.5 Vigencia

Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y continúa durante el plazo del seguro correspondiente hasta el día de vencimiento especificado en la carátula de la Póliza.

6.6 Terminación del Contrato

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

- Cuando no se haya pagado la prima y se haya agotado el período de gracia.
- Al concluir la vigencia indicada en la Póliza.
- Por fallecimiento del Asegurado.
- Por el pago de la cobertura de Supervivencia al Asegurado.
- Al hacerse efectiva la solicitud de cancelación a petición de Asegurado.

Terminación anticipada a solicitud del Asegurado

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro el Asegurado 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 Asegurado 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 Asegurado 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.

6.7 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, en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

6.8 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: Tereo 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 Compañía, 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 Compañía al correo electrónico aquí indicado o al último que tenga registrado del mismo.

6.9 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 a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

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.

6.10 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.

6.11 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, y en dos años en los demás casos. En todos los casos 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 solo 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 se establece la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF).

6.12 Edad

Los límites de edad para contratar este seguro son:

Cobertura Básica: 18 años como mínimo y 70 años como máximo.

Coberturas de Pago Único y Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente: 18 años como mínimo y 60 años como máximo.

Coberturas de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas: 18 años como mínimo y 65 años como máximo.

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 ulteriores, 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.

6.13 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 antes que el Asegurado, 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 legal del Asegurado.

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.

6.14 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 Zurich solicite la información y/o documentación adicional, para continuar con el proceso.

a) Documentación requerida por Fallecimiento

Los requisitos son los siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada.
- Copia simple de Certificado de Defunción.
- Acta de nacimiento de los Beneficiarios en original o copia certificada, en caso de ser hijos del Asegurado.
- Acta de matrimonio o constancia de concubinato en caso de que el beneficiario sea el cónyuge o concubino (original o copia certificada).
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y los Beneficiarios (INE, pasaporte, cédula profesional), solo en caso de que se cuente con dicho documento.
- 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, sólo en caso de tenerla, y Beneficiarios en copia simple.
- Copia certificada de la carpeta de Investigación.
- 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 por Supervivencia

Los requisitos son los siguientes:

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

c) Documentación requerida por Invalidez Total y Permanente

Los requisitos son los siguientes:

- 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, en caso de que la Invalidez sea a 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:

- a. 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;
- b. Estudios realizados con sus respectivos resultados que sustentaron el diagnóstico, (resultados de

laboratorio, gabinete, etc.);

c. Tratamiento instituido, evolución y pronóstico;

d. 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;

e. 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. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura La Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al Asegurado o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días naturales a partir del requerimiento, que su Invalidez Total y Permanente continúa.

d) Documentación requerida por Muerte Accidental

Los requisitos son los siguientes:

- Acta de defunción en original o copia certificada del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Acta de nacimiento del Asegurado o 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).
- Copia simple de la Identificación del Asegurado y los Beneficiarios. (INE, pasaporte, cédula profesional), solo en caso de que se cuente con dicho documento.
- 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. Formato de Declaración (proporcionado por la Compañía).
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por La Compañía).
- Formato de solicitud de pago por Transferencia (proporcionado por La Compañía).

e) Documentación requerida para Pérdidas Orgánicas:

Los requisitos son los siguientes:

- 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.
- Carátula de la Póliza de Seguro, si lo tuviere.
- CURP del Asegurado.
- Carátula del Estado de cuenta bancario del Asegurado con vigencia menor a 3 meses y que se visualice la CLABE INTERBANCARIA.
- Formato 492 para personas físicas (proporcionado por La Compañía).
- Formato de pago por Transferencia (proporcionado por La Compañía).
- Informe médico.
- Aviso de accidente y/o enfermedad (en formato proporcionado por La Compañía)

La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Asegurado o el beneficiario, o el representante 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 e información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las

circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

No obstante, a lo descrito en los incisos a), b), c), d) y e), 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.

Para la cobertura de Supervivencia, la indemnización debida será liquidada al propio Asegurado.

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 (treinta) 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 (treinta) 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.

6.15 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 (treinta) 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, Beneficiario o tercero dañado, 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.”

6.16 Moneda

Todos los pagos e indemnizaciones relativos a este Contrato se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente al día en que se efectúen los pagos.

6.17 Período de gracia para el pago de Primas

La prima vence al momento de la celebración del contrato; no obstante, el contratante gozará de un período de gracia de 30 (treinta) días naturales siguientes a dicha fecha, **en caso contrario, los efectos del Contrato cesarán automáticamente por falta de pago 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.**

“Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.”

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.

“Artículo 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.”

6.18 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 periodo pactado.

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.

6.19 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.

6.20 Comisiones y Compensaciones Directas

Durante la vigencia de la póliza la 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6.21 Entrega de Documentación Contractual

No obstante que el contrato de seguro se celebre a través de un prestador de servicios distinto a un Agente de Seguros, Zurich 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 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 o renovación del contrato de seguro.

6.22 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.

Cuando el contrato de seguro se celebre con la intervención de un intermediario, la entrega de la documentación contractual deberá efectuarse siempre a través de dicho intermediario, sin perjuicio del derecho del Contratante/Asegurado de solicitarla directamente a Zurich 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 Zurich cuyos datos y domicilios se encuentran a su disposición en la página www.zurich.com.mx o bien, deberá solicitarlo a través su Agente de seguros.

6.23 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 Asegurado no podrá realizar movimientos en su póliza.**

6.24 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>.

6.25 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 del 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 Seguro¹).

“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 Seguro¹).

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

¹ Condiciones Generales, 6.26 Marco Legal.

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.

6.26 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.

6.27 Cambio de Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, deberá avisar inmediatamente por escrito a la Compañía, quien estará facultada para rescindir el contrato o para extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicho cambio. Si La Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito del cambio de ocupación, La Compañía, en caso de siniestro, únicamente deberá devolver la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado en un plazo no mayor a 7 días hábiles quedando liberada de cualquier obligación.

6.28 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; 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. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

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/es-mx/aviso-de-privacidad>

8. MARCO LEGAL

Los siguientes Artículos son pertenecientes a la Ley de Instituciones de seguros y de Fianzas vigente, mismo que son aplicables para efectos de estas Condiciones Generales:

ARTÍCULO 102.

En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros. Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización. Las personas morales a que se refiere este artículo estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.

ARTÍCULO 202.

Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el Contratante, Asegurado o Beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquellos.

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

ARTÍCULO 277.

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

ARTÍCULO 492.

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

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

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

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

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

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

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

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

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

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

Instituciones de Crédito.

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

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

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

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

ARTÍCULO 19.

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.*
- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.*

Los siguientes Artículos son pertenecientes a la Ley Sobre el Contrato de Seguro vigente, por tanto, son aplicables para efectos de estas Condiciones Generales:

ARTÍCULO 25.

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.

ARTÍCULO 66.- *Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.*

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

ARTÍCULO 69.

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones

sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ARTÍCULO 70.

Las obligaciones de la empresa 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 de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

ARTÍCULO 81.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II. En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

ARTÍCULO 82.

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

Los siguientes Artículos son pertenecientes a la Ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros vigente, por tanto, son aplicables para efectos de estas Condiciones Generales:

ARTÍCULO 65.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

ARTÍCULO 68.

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
- I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.
- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en

todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.*

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.*

- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;*

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.*

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;*

- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera*

y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Los siguientes Artículos son pertenecientes al Código penal federal vigente, mismo que son aplicables para efectos de estas Condiciones Generales:

ARTÍCULO 139.

Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.
- II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando, además:

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

ARTÍCULO 139 Quáter.

Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio

nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

- 1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;*
- 2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;*
- 3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;*
- 4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y*
- 5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.*

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

ARTICULO 148 Bis.

Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y de cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

- I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, realice en territorio mexicano, actos en contra de bienes, personas o servicios, de un Estado extranjero, o de cualquier organismo u organización internacionales, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para presionar a la autoridad de ese Estado extranjero, u obligar a éste o a un organismo u organización internacionales para que tomen una determinación;*
- II. Al que cometa el delito de homicidio o algún acto contra la libertad de una persona internacionalmente protegida;*
- III. Al que realice, en territorio mexicano, cualquier acto violento en contra de locales oficiales, residencias particulares o medios de transporte de una persona internacionalmente protegida, que atente en contra de su vida o su libertad, o*
- IV. Al que acuerde o prepare en territorio mexicano un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en el extranjero.*

Para efectos de este artículo se entenderá como persona internacionalmente protegida a un jefe de Estado incluso cada uno de los miembros de un órgano colegiado cuando, de conformidad con la constitución respectiva, cumpla las funciones de jefe de Estado, un jefe de gobierno o un ministro de relaciones exteriores, así como los miembros de su familia que lo acompañen y, además, a cualquier representante, funcionario o personalidad oficial de un Estado o cualquier funcionario, personalidad oficial u otro agente de una organización intergubernamental que, en el momento y en el lugar en que se cometa un delito contra él, los miembros de su familia que habiten con él, sus locales oficiales, su residencia particular o sus medios de transporte, tenga derecho a una protección especial conforme al derecho internacional.

ARTÍCULO 400 Bis.

Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o*
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.*

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y

Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos”.

9. ANEXO DE LA LEGISLACIÓN

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.mx>
- Ley Sobre el Contrato de Seguro.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/70173/Ley_Sobre_el_Contrato_de_Seguro.pdf
- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
<https://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft>
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
<https://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico?p=contenido&idc=226&idcat=4>
- 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 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 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.

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, correo electrónico: 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 11 de noviembre de 2025 con el número CNSF-S0037-0372-2025/CONDUSEF-007039-02.